

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

ärztliche Entscheidungen können nur auf Grundlage guter Informationen getroffen werden. In Ihrem Interesse ist es wichtig, dass Ärzte und andere Behandler miteinander kooperieren sowie wichtige Informationen und Befunde austauschen. Informationen, die uns fehlen, müssen wir einholen. Informationen, die wichtig sind, um Sie an anderer Stelle gut versorgen zu können, müssen wir dorthin übermitteln. Für all das – so verlangt es das Datenschutz-Gesetz – brauchen wir Ihre schriftliche Zustimmung.

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Personen-, Behandlungs- und Arzneimitteldaten elektronisch gespeichert werden. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Fotos z.B. zur Wunddokumentation oder Identifikation sowie Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Diese elektronische Speicherung erfolgt im EDV-System unserer Praxis nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis personenbezogene Daten (z.B. Behandlungsdaten, Fotos, Befunde) mit meinen anderen Untersuchern und Behandlern (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten) austauscht, sowie mit weiteren Empfängern zum Zwecke der Abrechnung oder zur Klärung von medizinischen oder sich aus meinem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen (z.B. Krankenkassen, privatärztliche Verrechnungsstellen, Ärztekammern, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Dazu zählen ebenso Dienstleister (z.B. die Aaron GmbH), deren Leistungen wir für die Bearbeitung Ihrer Anliegen nutzen und die gesetzlich zur Geheimhaltung und zum Schutz Ihrer Daten verpflichtet sind.

Die Praxis ist berechtigt, diese Informationen zu übermitteln, anzufordern und entgegenzunehmen. Die Behandler sind ihrerseits berechtigt, ihre Befunde zu übermitteln. Sollten Rücksprachen und Rezepte bzw. Rezeptkorrekturen in meiner Apotheke und meinem Sanitätshaus notwendig sein, stimme ich einer Kontaktaufnahme auch über Telefon, E-Mail, SMS, Telefax/Digitalfax oder per App zu. Weiterhin stimme ich dem Austausch von Behandlungsdaten im Rahmen der Übertragung und Nutzung der Gesundheitskarte zwischen der Praxis und der Datenbank zu.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert und erhält. Für den Fall eines Inhaberwechsels stimme ich der Weitergabe meiner gespeicherten Daten an die neuen Praxisinhaber zu.

Ich kann jederzeit Einsicht in die über mich gespeicherten Daten nehmen, eine Einschränkung der Datenverarbeitung und der Datenübertragbarkeit, sowie diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir jedoch dazu verpflichtet, Daten mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wolfenbüttel, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten)