

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Privatärztliche
Abrechnungsgesellschaft mbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Klinik: Klinikum Dortmund gGmbH
Adresse: Beurhausstr. 40
44137 Dortmund

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Bitte erteilen Sie als Patientin beziehungsweise als Patient durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis gemäß Bundesdatenschutzgesetz, die zur Rechnungserstellung und zum Einzug erforderlichen Daten an die Abrechnungsgesellschaft zu übermitteln.

Name: ProMed GmbH

Adresse: Märkische Str. 109, 44141 Dortmund

Kontakt: (0231) 565594 0 – Fax (0231) 56 55 94 17

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Mit freundlichem Gruß

Datum

Klinikum Dortmund gGmbH

Unterschrift

ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

Patient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Name, Vorname, Geburtsdatum des Rechnungsempfängers / Zahlungspflichtigen:

Adresse des Rechnungsempfänger, **nur wenn abweichend zur Wohnadresse:**

Telefonnummer/Festnetz und Handy:

Krankenkasse / Kostenträger:

Hausarzt:

Unterschrift

Patienteneinwilligung in die Datenweitergabe

Um einen reibungslosen Ablauf im Rahmen Ihrer Behandlung gewährleisten zu können, kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Daten an weitere Leistungserbringer/Dritte weitergeben oder von dort medizinische Informationen einholen. Hierzu benötigen wir Ihre Mithilfe in Form einer Einwilligung. Durch Ihr Ankreuzen geben Sie zu verstehen, dass Sie mit der Verarbeitung der Sie betreffenden Daten einverstanden sind. Ihre Einwilligungen sind freiwillig.

Bitte beachten Sie: Wenn wir nicht alle für die Diagnostik und Therapie Ihrer Erkrankung relevanten medizinischen Unterlagen einholen oder weitergeben dürfen, können Sie möglicherweise nicht optimal behandelt werden.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Zugriff auf Vorbehandlungsdaten

Ich willige ein, dass die Ärzte, welche in die Behandlung eingebunden sind, Zugriff auf Vorbehandlungsdaten gemäß § 73 Abs. 1b SGB V haben, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist.

Weiterleitung der Daten an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

Hausarzt: _____

Weiterleitung der Daten an den vor- und weiterbehandelnden Arzt:

Versicherte einer privaten Krankenversicherung

Als Mitglied einer privaten Krankenversicherung willige ich ein, dass zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten privatärztlichen Leistungen eine externe Abrechnungsstelle beauftragt wird. Gerne informieren wir Sie über die jeweils konkret eingesetzte Abrechnungsstelle.

Ihr Einverständnis gilt bei mehrmaligen Kontakten im Rahmen einer Behandlungsserie, d.h. für den gesamten Therapiezeitraum und diagnostischen Prozess.

Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die oben erteilten Einwilligungen einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum, Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter