

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Danke**

Sehr geehrte Patienten, Sie helfen uns mit folgenden Informationen:

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Geb.Datum:</b>	<b>Sport:</b>
<b>Hausarzt:</b>	<b>Handy Nr:</b>
<b>Zuweisender Arzt:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Ihre Größe:    Ihr Gewicht:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Rauchen Sie?</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wieviel?	
<b>Wie kommen Sie zu uns?</b>	
Empfehlung <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

**Der Grund Ihres Besuches (z.B. Privat-/Arbeitsunfall, wann /wie?):**

**Ihre Vorbehandlung:**

**Vorerkrankungen:**

- Operationen                    nein  ja: \_\_\_\_\_
- Herz / Blutdruck            nein  ja: \_\_\_\_\_
- Lunge / Asthma                nein  ja: \_\_\_\_\_
- Bauch                            nein  ja: \_\_\_\_\_
- Diabetes / Schilddrüse        nein  ja: \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörung        nein  ja: \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörungen    nein  ja: \_\_\_\_\_
- Thrombose / Embolie         nein  ja: \_\_\_\_\_
- Allergien                        nein  ja: \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen            nein  ja: \_\_\_\_\_
- Hepatitis / HIV / MRSA        nein  ja: \_\_\_\_\_
- sonstige Erkrankungen        nein  ja: \_\_\_\_\_
- Aktuelle Medikamente        nein  ja: \_\_\_\_\_

**Die anliegenden Datenschutzhinweise nebst Einwilligungserklärung habe ich gelesen.**

**Ton-, Bild- und Videoaufnahmen sind in der gesamten Praxis verboten! Ich werde mich daran halten.**

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Geben Sie den Bogen bitte an die Mitarbeiter/innen zurück.

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Nachstehend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten verarbeitet.

### **1. VERANTWORTLICHER:**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

OCS - Düsseldorf

Friedrichstr. 2, 40217 Düsseldorf

Tel.: 0211/31114840, E-Mail: info@ocs-duesseldorf.de

Sie erreichen unsere Datenschutzbeauftragte unter: datenschutzbeauftragter@ocs-duesseldorf.de

### **2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG:**

Die Datenverarbeitung erfolgt überwiegend aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen insbesondere Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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. Rechtsgrundlage für diese Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. h, Abs. 3 DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und in Fällen, in denen die Verarbeitung zur Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten oder Rechte gemäß sozialrechtlicher Vorschriften erforderlich ist, Art. 9 Abs. 2 lit. b) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. a) BDSG.

In bestimmten Fällen erfolgt eine Datenverarbeitung ausschließlich im Falle Ihrer Einwilligung (z.B. Doctolib Terminerinnerung). Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. 9 Abs. 2. lit. a) DSGVO.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN:**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie in die Übermittlung eingewilligt haben (siehe Nr. 5). Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern, das MVZ Medizinische Laboratorien Düsseldorf und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, 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 berechnete Empfänger.

Wir setzen das Terminmanagementsystem der Fa. Doctolib GmbH ein, um Termine einheitlich zu vereinbaren und zu verwalten. Zum Zwecke der Terminvereinbarung werden Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie) an die Doctolib GmbH übermittelt, mit der wir aufgrund eines Auftragsvertrages zusammenarbeiten und die wie wir an die Schweigepflicht gebunden ist. Um Terminausfälle zu verhindern, möchten wir Sie im Falle Ihrer erteilten Einwilligung über das Doctolib Terminmanagementsystem per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern.

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN:

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Erfüllung von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten erforderlich ist. Wir sind beispielsweise dazu verpflichtet, die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

#### 5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer zu übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die vorgenannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulassen. Darüber hinaus bieten wir Ihnen eine Terminerinnerung über das Doctolib Terminmanagementsystem an.

#### Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein,

- dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) zum Zwecke der Weiterbehandlung, an meine **hausärztliche / weiterbehandelnde Praxis** übermittelt werden dürfen.
- dass ich von Doctolib via SMS und E-Mail **Terminerinnerungen** erhalte.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; vor dem Widerruf erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

#### 6. IHRE RECHTE:

Sie haben das Recht,

- die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen;
- Ihre erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen;
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen;
- sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr OCS Praxisteam