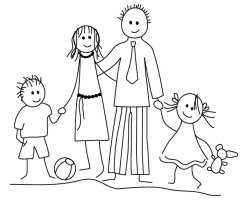


Datenerfassungsbogen und Patienteninformation zum Datenschutz



Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Facharztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin in Gröbenzell.

Wir versuchen bei freien Kapazitäten immer wieder auch neue Patienten aufzunehmen.

Manchmal ist dies jedoch aus Überlastungsgründen, die auch auf die medizinische Qualität der Versorgung Auswirkungen hätte, nicht immer sofort möglich.

Wir bitten Sie daher folgenden Bogen vollständig auszufüllen und sich die Patienteninformationen zum Datenschutz durchzulesen. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Bitte senden Sie diesen vollständig ausgefüllten Fragebogen per Post an:

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. Habelt
Kirchenstr. 4
82194 Gröbenzell

Nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen können wir leider nicht bearbeiten.

Angaben zu Ihrem Kind:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb.: _____ oder errechneter Geburtstermin _____

Anschrift:

Vorerkrankungen/Allergien/Besonderheiten:

Über wen ist Ihr Kinder versichert/wird Ihr Kind versichert sein?

☐ Mutter ☐ Vater Name der Krankenkasse: _____

Besondere familiäre Verhältnisse:

Haben Sie bereits einen Kinderarzt?

☐ nein ☐ ja, in welchem Ort _____

Grund des Aufnahmewunsches

- ☐ Umzug ☐ persönliche Gründe ☐ Vorstellung in neuropäd. Sprechstunde
- ☐ wenn Umzug, vorherige Adresse _____

Gibt es Geschwisterkinder?

- ☐ nein
- ☐ ja, Name(n) und Geburtsdaten: _____

Eltern:

- ☐ Frau/Herr
Name: _____ Vorname: _____
Geb.: _____ sorgeberechtigt ☐ ja ☐ nein
Telefonnummer mobil: _____

- ☐ Frau/Herr
Name: _____ Vorname: _____
Geb.: _____ sorgeberechtigt ☐ ja ☐ nein
Telefonnummer mobil: _____

Sollten sich Daten oder Angaben auf diesem Formular ändern werde ich die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Kirchenstr. 4 in Gröbenzell umgehend und vor einer Behandlung darüber informieren.

Der Versand von persönlichen und/oder gar medizinischen Daten per E-Mail wird von uns aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht empfohlen, generell gilt für sensible Daten, dass diese am sichersten auf dem Postweg zugestellt werden oder persönlich eingereicht werden. Mit der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten bin ich/sind wir einverstanden. Ich/Wir habe(n) jederzeit die Möglichkeit diese Daten löschen zu lassen (abhängig von rechtlichen Vorgaben) und Auskunft über die von uns gespeicherten Daten zu erhalten. Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit widerrufen (in Textform an: Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Kirchenstr. 4 in 82194 Gröbenzell). Die Informationen zum Datenschutz habe(n) ich/wir erhalten und ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

- I. Wir weisen Sie darauf hin, dass für fest vereinbarte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) eine Ausfallgebühr in Höhe von 50,- € geltend gemacht wird, falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann (nach § 615 BGB, Annahmeverzug).
- II. Heilmittelverordnung: Die Krankenkassen verlangen bestimmte Regeln z.B. dass wir als Ärzte vor einer regulären Neu- oder Folgeverordnung von Logo-, Ergo-, Physiotherapie verpflichtet sind die weitere Indikation zu stellen und die Therapieerfolge und Ziele für Ihre Kinder zu überprüfen.
Wir sind daher verpflichtet Sie mit Ihren Kindern jeweils vor erneuten Rezeptaussstellungen und Terminvereinbarungen bei Therapeuten zu sehen.

Diese Vereinbarungen (I + II) habe(n) ich/wir gelesen, verstanden und ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden und bestätige(n), das durch meine/unsere Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigte(r)

Für Patienten, die sich in der Spezialsprechstunde Neuropädiatrie vorstellen, bitten wir noch um folgende Angaben:

Überweisender Arzt: _____

Überweisungsgrund: _____

Ausstellungsdatum der Überweisung: _____

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte, liebe Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie bezüglich Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Habelt, Kirchenstr. 4 in 82194 Gröbenzell, Telefon 08142/9849.

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 personenbezogene Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten/die Gesundheitsdaten Ihres Kindes. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten oder Heilmittelerbringer, bei denen Sie/Ihr Kind in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen, Therapieberichten). Die Erhebung von

Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung/die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten:

Wir übermitteln personenbezogene Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger personenbezogener Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Heilmittelerbringer, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung, der bei Ihnen/Ihrem Kind erbrachten Leistungen, oder zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Prüfung der Aufnahme notwendig ist, danach werden diese gelöscht.

Sollte Ihr Kind in unserer Praxis aufgenommen werden, werden personenbezogene Daten so lange aufbewahrt, wie dies zur Durchführung der Behandlung im Rahmen rechtlicher Vorgaben 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, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen bei § 28, Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte:

Sie haben das Recht über die Sie/Ihr Kind 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.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unsere Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach
Telefon: 0981/180093-0

6. Rechtliche Grundlagen:

Postanschrift:
Postfach 1349
91504 Ansbach
Deutschland

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9, Absatz 2, DSGVO in Verbindung mit § 22, Absatz 1, Nummer 1, Bundesdatenschutzgesetz.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.