



## **Datenschutz-Einwilligungserklärung**

### **Aufklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Regel verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auf der Grundlage eines Gesetzes (z.B. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages). Über gesetzliche Erlaubnisse zur Datenverarbeitung hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten in meiner/unserer Praxis zu folgenden Zwecken verarbeitet, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen:

- a. Abrechnung über die private Verrechnungsstelle
- b. Dokumentationssammlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
- c. Notfalldatenmanagement über die Chipkarte (nur GKV-Versicherte)

Hierfür werden personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten über Ihre Behandlung verarbeitet. Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten) zu Ihrer Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

- Angaben zu aktuellen Beschwerden
- biometrische Daten (Größe, Gewicht, Vitalzeichen)
- Relevante Vorerkrankungen, Operationen, Medikamente, Allergien
- biografische und soziale Anamnese
- relevante Risikofaktoren wie Familienanamnese, Genussmittel
- Untersuchungs,- und technische Befunde
- Fremdbefunde

Zu dem unter

- a. genannten Zweck möchten wir die relevanten personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Behandlungsdatum, Leistungsziffern, Beträge, Behandlungsdiagnose) an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) übermitteln. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
- b. genannten Zweck möchten wir die Daten in unserer Praxisverwaltungssoftware lokal speichern, um im Falle einer sich entwickelnden Relevanz schnellstmöglich Zugriff zu haben. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
- c. genannten Zweck verbleiben auf Ihrer Gesundheitskarte. Den Zugriff können Sie mittels PIN von Ihrer GKV schützen und nur für Notfälle freigeben.

Ihr Ansprechpartner und Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist

Name der Arztpraxis: Hochhauspraxis Emden  
Verantwortliche: Annette Püschel, Petra Schlenger  
Adresse: Neutorstrasse 90-92, 26721 Emden, Telefon: 04921/993062 Fax: 04921/993063  
E-Mail: [ps@hochhauspraxis-emden.de](mailto:ps@hochhauspraxis-emden.de)

---

Weitere Informationen können Sie unseren Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO entnehmen, die Sie an der Information erhalten können.

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu der vorstehend beschriebenen Datenverarbeitung.



## ***Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung***

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Fehntjer Hausarztpraxis personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zur/m **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Abrechnung über die private Verrechnungsstelle an die PVS übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden

Informationssammlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung lokal speichert

Notfalldatenmanagement über die Chipkarte (nur GKV-Versicherte)

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Hochhauspraxis Emden widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- bei Widerspruch eine inkomplette Dokumentationssammlung nicht gleichbedeutend mit einem Befunderhebungsfehler des behandelnden Arztes ist

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort

Datum

**Unterschrift des Patienten**



***Vollmacht***

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

**Hochhauspraxis Emden**  
Annette Püschel, Petra Schlenger  
Neutorstrasse 90-92, 26721 Emden,  
Telefon: 04921/993062 Fax: 04921/993063  
[ps@hochhauspraxis-emden.de](mailto:ps@hochhauspraxis-emden.de)

die Ausgabe von folgenden Unterlagen (**zutreffendes bitte ankreuzen**):

Rezepte	Überweisungen	Einweisungen	Bescheinigungen
Formularen	Arztbriefen	Rechnungen	

**An folgende Person(en):**

Name:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Name:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

An **folgende Dienstleister** im Rahmen Ihrer dienstlichen Tätigkeit unter Wahrung der Verschwiegenheit:

**(unzutreffende bitte ankreuzen, weitere in eigener Handschrift ergänzen)**

Pflegedienste	Pflegeheime	Apotheken
---------------	-------------	-----------

Sonstige:

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen

Ort

Datum

**Unterschrift des Patienten**



## Vollmacht

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

**Hochhauspraxis Emden**  
Annette Püschel, Petra Schlenger  
Neutorstrasse 90-92, 26721 Emden,  
Telefon: 04921/993062 Fax: 04921/993063  
[ps@hochhauspraxis-emden.de](mailto:ps@hochhauspraxis-emden.de)

personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu erheben, zu speichern und weiter verarbeiten zu dürfen.

Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten) zu meiner Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

- Angaben zu aktuellen Beschwerden
- biometrische Daten (Größe, Gewicht, Vitalzeichen)
- Relevante Vorerkrankungen, Operationen, Medikamente, Allergien
- biografische und soziale Anamnese
- relevante Risikofaktoren wie Familienanamnese, Genussmittel
- Untersuchungs- und technische Befunde
- Fremdbefunde

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Hochhauspraxis Emden widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- bei Widerspruch eine inkomplette Dokumentationssammlung nicht gleichbedeutend mit einem Befunderhebungsfehler des behandelnden Arztes ist

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem,

- dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort

Datum

**Unterschrift des Patienten**