



## Einverständniserklärung Datenschutz

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Pat.-ID \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:** Sind Sie bei der nachfolgenden Einverständniserklärung mit allen Punkten einverstanden, können Sie am Ende der Aufzählung **einmalig allen Punkten ausdrücklich zustimmen**. Sobald Sie einem Punkt widersprechen, müssen Sie für alle Punkte einzeln entscheiden.

Hiermit erkläre mich einverstanden, dass in der **Hautarztpraxis „Hautärzte am Markt“** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich konnte mich anhand des Informationsblattes zum Datenschutz in der Praxis informieren und ggf. hierzu Fragen stellen.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

**Weitergabe und Anforderung von Patientendaten an/von Zuweisern gemäß § 73 Abs. 1b SGBV**

Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch die o.g. Hautarztpraxis an meinen genannten Hausarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z.B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Ich bin einverstanden, dass bei meinem bekannten Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch die o.g. Hautarztpraxis angefordert werden können. Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass alle von mir genannten Ärzte, die an meiner Behandlung beteiligt sind, die erforderlichen Informationen/Entlassbriefe über meine Behandlung erhalten.

- Ich stimme **nicht** zu                       Ich stimme zu

**Informationsweitergabe an Angehörige und weitere Institutionen**

**Ich bin damit einverstanden**, falls ich nicht in der Lage bin, die Praxis persönlich aufzusuchen, dass folgende Personen Auskünfte über meine Person im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung erhalten dürfen.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

**Mir ist bekannt, dass das Praxisteam sich nur mündlich von der Identität der Person/en überzeugen kann.**

- Ich stimme **nicht** zu                       Ich stimme zu

**Ich bin damit einverstanden**, falls ich nicht in der Lage bin, die Praxis persönlich aufzusuchen, Angehörige/ Pflegepersonal/Apotheken etc. meine Unterlagen wie Rezepte/Verordnungen etc. (nur unter Vorlage einer Vollmacht und Personalausweis) abholen dürfen.

- Ich stimme **nicht** zu                       Ich stimme zu



**Online-Terminvereinbarung über die Plattform „Doctolib“**

Im Rahmen der Online-Terminvereinbarung bedienen wir uns des Dienstleisters „Doctolib“ als einfacher Vermittler und technischer Dienstleister, der die nationalen und europäischen Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten und insbesondere die Datenschutz-Grundverordnung ("DSGVO"), einhält. Die Datenschutzhinweise sind nachzulesen unter [https://res.cloudinary.com/doctolib/image/upload/v1608627382/legal/Privacy\\_Policy\\_Patients\\_DE.pdf](https://res.cloudinary.com/doctolib/image/upload/v1608627382/legal/Privacy_Policy_Patients_DE.pdf)

Bei Terminbuchung für Erst- oder Wiederholungskontakte gehen folgende Daten an den Dienstleister:

Name, Vorname, Versicherungsstatus, Besuchsgrund, E-Mail, Handynummer (SMS-Dienst), Geburtsdatum und ggf. gewünschten Recallteilnahme (Besuchserinnerungen).

Die Speicherung der Daten erfolgt bis zur Wahrnehmung/Stornierung des Termins, maximal entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.

Ich stimme **nicht** zu       Ich stimme zu      Recall ja  nein

**Kontaktaufnahme per E-Mail**

Im Rahmen der Kontaktaufnahme per E-Mail mit der Praxis werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben. Diese Daten werden ausschließlich zum Zweck der Beantwortung Ihres Anliegens bzw. für die Kontaktaufnahme und die damit verbundene technische Administration gespeichert und verwendet. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist unser berechtigtes Interesse an der Beantwortung Ihres Anliegens gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Ihre Daten werden nach abschließender Bearbeitung Ihrer Anfrage gelöscht, dies ist der Fall, wenn sich aus den Umständen entnehmen lässt, dass der betroffene Sachverhalt abschließend geklärt ist und sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und eventuell bestehende gesetzliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind.

Ich stimme **nicht** zu       Ich stimme zu

**Anamneseerhebung**

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben zur Anamneseerhebung vollkommen freiwillig sind.

Ich bestätige

**Patientenfotos**

**Ich bin damit einverstanden**, dass im Rahmen der Behandlung eine **digitale Fotodokumentation** erfolgt und die entsprechenden Fotos auf für Unbefugte nicht zugänglichen Datenträgern im Rahmen der **digitalen Patientenaktenführung** gespeichert werden.

Ich stimme **nicht** zu       Ich stimme zu

**Widerrufsrecht**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

**Zustimmung durch den Betroffenen**

Hiermit versichere ich als Unterzeichnende/r, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten durch die Facharztpraxis Hautärzte Dortmund freiwillig zuzustimmen und über die Datenverarbeitung und seine Rechte belehrt worden zu sein:

**Ich stimme allen Punkten ausdrücklich zu**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient/in:** \_\_\_\_\_

(Bei minderjährigen Patienten, Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)