



meditz

Medizinisches Diagnostik- und
Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

meditz Würzburg · Frankfurter Straße 15a · 97082 Würzburg

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe gemäß DS-GVO

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Mobil Patient: _____ Mobil Mutter: _____

Mobil Vater: _____ E-Mail (unverschlüsselt): _____

Adresse falls abweichend ☐ Vater ☐ Mutter: _____

1. Kontaktaufnahme und Arztbriefe

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch das meditz erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

Name des Arztes / der Einrichtung	Adresse des Arztes / der Einrichtung

Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung (-en) von ihrer Schweigepflicht entbunden.

☐ Ich möchte **KEINE** Kontaktaufnahme und Übersendung ärztl. Befundberichte an
meinen Haus-/Kinderarzt (bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 9)

2. Rezepte oder Befunde dürfen auch von folgenden Personen abgeholt werden:

a) _____, b) _____
Vor- und Nachname Vor- und Nachname

3. Betreffend getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Ich bestätige hiermit, dass der getrennt lebende Elternteil, mit dem ich mir das Sorgerecht für unser Kind teile, über die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen informiert wurde und hiermit einverstanden ist.

Datum: _____ Name in Blockschrift: _____ Unterschrift: _____

4. Erklärung über Ausfallhonorar

Hiermit verpflichte ich mich, Termine im meditz spätestens **48** Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch, schriftlich oder per Email abzusagen.

Andernfalls wird ein Ausfallhonorar für jeden nicht eingehaltenen Termin bis zu einer Höhe von **70,00 €** erhoben.

5. Terminerinnerung

Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und -erinnerung per Telefon, E-Mail oder SMS übermittelt werden.

6. Blutabnahme

Falls im Rahmen der medizinischen Behandlung eine Blutabnahme notwendig ist, wird mittels eines Anforderungsscheins ein externes Labor von uns beauftragt.

7. ePA

Mir ist bekannt, dass ich von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann, bevor hochsensible persönliche Gesundheitsdaten automatisch in die ePA hochgeladen werden

Weiter auf Seite 2 ➔

8. Erläuterungen

Allgemeines: Als Ärzte sind wir verpflichtet, Untersuchungen und Behandlungen zu erheben und zu dokumentieren. Manche Daten, wie z.B. Abrechnungsziffern, müssen an andere Stellen weitergeleitet werden (z.B. Kassenärztliche Vereinigung), da ansonsten die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden können. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder gutachterliche Stellungnahmen, z.B. für medizinische Dienste der Krankenkassen, setzen eine Datenübermittlung an Dritte voraus.

In unserem medizinischen Versorgungszentrum müssen höchst vertrauliche Informationen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Gesetzgeber stellt **Gesundheitsdaten** unter besonderen Schutz. Um fachkompetent und umfassend eine Behandlung zum Wohle des Patienten durchführen zu können, sind diese Daten zu erheben.

Daten werden ausschließlich zweckgebunden weitergeleitet, d.h. nur an diejenige Stelle, die diese für einen klar definierten Auftrag (z.B. Kassenabrechnung) benötigt. Generell gilt das Prinzip der **Datensparsamkeit**, d.h. nur solche Informationen werden weitergeleitet, die unbedingt erforderlich sind.

Liegen keine höheren Rechtsvorschriften vor, d.h. besteht für uns keine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung, werden wir **anderen Stellen** (z.B. Landesversicherungsanstalten, Bezirk, Sozialamt) **erst nach Ihrem schriftlichen Einverständnis Auskünfte erteilen**.

Wir investieren viel Zeit und Mühe in unserem medizinischen Versorgungszentrum, um personenbezogene Daten bestmöglich zu schützen. Zahlreiche technische und organisatorische Maßnahmen wurden hierzu ergriffen. Die Wahrung der Intimsphäre und der Datenschutz sind zentrale Bestandteile unseres Qualitätsmanagementsystems. Wir lassen uns regelmäßig von autorisierten Stellen überprüfen und haben ein Zertifikat erhalten. Wir engagieren uns für einen besseren Datenschutz in der Medizin. Wir bilden uns regelmäßig auf diesem Gebiet fort.

Die Mitarbeiter des meditz, externe Prüfer, unsere Kooperationspartner, Dienstleister und Lieferanten unterliegen einer Verschwiegenheitserklärung. Diese liegt uns schriftlich vor.

Weitere Informationen teilen wir Ihnen gerne persönlich mit, sie können diese auch von unserer Homepage abrufen (www.meditz-wuerzburg.de), Rubrik Datenschutz, „**Patienteninformation Datenschutz**“) oder sich von unseren Mitarbeitern aushändigen lassen.

Betreffend Privatpatienten: Die Vergütung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), welche durch die externe Verrechnungsstelle Helmsauer (siehe extra Einverständniserklärung der Fa. Helmsauer) Die ärztliche Behandlung erfolgt ausschließlich als Privatpatient/in. Die Kosten der ärztlichen Behandlung werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet. Inwieweit die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur vollständigen Erstattung der Vergütung verpflichtet sind, richtet sich u.a. nach den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.

Ihr persönlicher Beitrag zum Datenschutz: bitte beachten Sie die Diskretionslinie an der Anmeldung und halten Sie die Tür zum Wartezimmer geschlossen. Lassen Sie keine persönlichen Unterlagen, (elektronische!) Krankenversichertenkarten oder ausgefüllten Fragebögen liegen. Stellen Sie sich darauf ein, dass im Empfangs- und Wartebereich andere Personen anwesend sind und mithören könnten. Übermitteln Sie uns Informationen, die Sie für schützenswert halten, besser per Telefax oder auf dem Postweg als per E-Mail.

Bei Krankenversicherungswechsel, Adressänderungen und Wechsel Ihres Haus-/ oder Kinderarztes sind Sie verpflichtet, uns dies unaufgefordert mitzuteilen.

9. Unterschriften

Mit dieser Unterschrift stimme ich der Datenschutzerklärung zu.

Patient ☐ / Erziehungsberechtigter ☐ / gesetzlicher Vertreter ☐ / Sorgeberechtigter ☐

Name in Blockschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ab 14. Lebensjahr ZUSÄTZLICH Unterschrift Jugendlicher:

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine ☐ Mutter ☐ Vater Auskunft über meine Krankenakte bekommen

Unterschrift Jugendlicher: _____

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden!