



## 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 die meditz GmbH MVZ 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 gegenüber der meditz GmbH entbunden.

- Ich möchte **KEINE** Kontaktaufnahme und Übersendung ärztl. Befundberichte an meinen Haus-/Kinderarzt (bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 7)

### 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 in der meditz GmbH MVZ informiert und hiermit einverstanden ist.

Datum: \_\_\_\_\_ Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 4. Erklärung über Ausfallhonorar

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der meditz GmbH MVZ, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens **48** Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen.

Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von **70,00 €** zu bezahlen.

Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet und rechtzeitig abgesagt wurde.

### 5. Terminerinnerung

Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und –erinnerung unverschlüsselt per Telefon, E-Mail oder SMS übermittelt werden. *Notwendige Termindaten umfassen folgende Informationen:* Datum, Uhrzeit, Behandler, Grund und Praxisname und –adresse

### 6. Blutabnahme

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

## 6. 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 der meditz GmbH, 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](http://www.meditz-wuerzburg.de)), Rubrik Datenschutz, „**Patienteninformation Datenschutz**“) oder sich von unseren Mitarbeitern aushändigen lassen.

**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.**

## 7. 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!**