

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Sachsen-Anhalt oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Hausarzt, andere Facharztpraxen, Krankenkassen, Rentenversicherung, Versicherungen – nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung) durch die oben genannte Praxis zu.

Im Falle einer Verneinung muss ich die Weitergabe der Befunde selbst organisieren und bin auch für das digitale Bildmaterial verantwortlich.

Von Seiten der Praxis werden keine Befunde oder digitales Bildmaterial an überweisende Ärzte / weiterführende behandelnde Ärzte sowie an die im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern übermittelt.

Ich habe dies verstanden und wurde nachdrücklich über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z. B.: verspätete Einleitung von therapeutischen Maßnahmen) aufgeklärt.

ja nein

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich nach Erhalt des digitalen Bildmaterials bzw. des schriftlichen Befundes die Verantwortung dafür trage, diese Medien sicher aufzubewahren.

Es handelt sich um meine Daten, welche als sensibel zu betrachten sind. Der Schutz ist deshalb in meinem persönlichen Interesse. Sollten diese Daten auf den Medienträgern missbraucht werden, liegt die Haftung bei mir.

ja nein

Über folgende Rechte bin ich in Kenntnis gesetzt worden: Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, Recht auf Löschung („Vergessenwerden“) nach Art. 17 DSGVO, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie Recht auf Übertragung meiner Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format nach Art. 20 DSGVO.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Einwilligung der Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Wenn ich der Meinung bin, dass die Verarbeitung der mich betreffenden personenbezogenen Daten gegen die Datenschutz-Grundverordnung verstößt, habe ich das Recht zur Beschwerde nach Art. 77 Abs. 1 DSGVO bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg).

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in) / Personensorgeberechtigte(r) / gesetzliche Vertretung