

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail Telefonnummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben, speichern und weitergeben. Die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten ist erforderlich, um Sie behandeln zu können und den Behandlungsvertrag zu erfüllen.

1) Zweck der Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass die Praxis OWZ Leipzig meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu folgenden Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder mir selbst
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung; ohne die hierfür erforderlichen Angaben kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2) Empfänger meiner Daten

Zu den genannten Zwecken können meine Daten an folgende Empfänger übermittelt werden, soweit dies erforderlich und rechtlich zulässig ist:

- Krankenkassen
- Abrechnungsfirmen oder privatärztliche Verrechnungsstellen
- Andere behandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten
- Weitere am Behandlungs- oder Abrechnungsprozess beteiligte berechnete Stellen.

Dort werden die Daten ausschließlich zu den erforderlichen Zwecken verarbeitet, insbesondere zur Abrechnung, zur Dokumentation und zur Klärung medizinischer oder versicherungsbezogener Fragen.

3) Inkasso und Rechtsdurchsetzung

Ich bin darüber hinaus einverstanden, dass meine Daten im Falle eines Inkassoverfahrens oder anderer rechtlicher Schritte zur Durchsetzung von Zahlungsforderungen an Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien oder gerichtliche Institutionen weitergegeben werden dürfen, sofern dies zur Abwicklung des Behandlungsvertrags und zur Abrechnung erbrachter Leistungen erforderlich ist.

4) Datenspeicherung und technischer Hinweis

Die im Rahmen dieser Vereinbarung erhobenen Daten und elektronische Unterschriften werden im Rahmen der eingesetzten Praxissoftware ausschließlich innerhalb der Praxis verarbeitet und gemäß den geltenden Datenschutzvorgaben gespeichert. Die Verarbeitung erfolgt verschlüsselt und nur für autorisierte Personen zugänglich. Die elektronische Unterschrift ist rechtsfähig, sofern sie im vorgesehenen digitalen Verfahren erfasst wird.

5) Freiwilligkeit und Folgen der Verweigerung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Wenn ich meine Einwilligung verweigere, kann der Behandlungsvertrag nicht oder nicht vollständig erfüllt werden und eine Abrechnung mit der Krankenkasse ist möglicherweise nicht möglich.

Bitte die Rückseite beachten!

6) Ausfallhonorar bei Terminsäumnis

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Arzt ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Ausgenommen davon sind rechtzeitige Terminabsagen (mindestens 24 Stunden vor vereinbartem Termin, textlich oder telefonisch) und nicht schuldhaftes Nichterscheinen des Patienten. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch den Arzt.

7) Meine Rechte

Ich bin jederzeit berechtigt,

- Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen
- die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen
- die Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen
- meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

8) Einwilligung in den elektronischen Versand von Arztbriefen und Befunden

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass mir bekannt ist, dass Befunde, Röntgenbilder oder Arztbriefe per E-Mail verschlüsselt über Cryptshare versendet werden können. Hierfür berechnen wir eine Aufwandspauschale in Höhe von 10,00 €.

9) Einwilligung in den Rechnungsversand per E-Mail

Ich willige ein, dass mir Rechnungen und abrechnungsrelevante Dokumente der Praxis OWZ Leipzig per E-Mail über Simpleprax an die von mir angegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden; mir ist bekannt, dass Simpleprax DSGVO-konform ist und die Datenübertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt erfolgt.

10) Widerruf

Der Widerruf ist zu richten an:

OWZ Leipzig
Inhaber & Ärztliche Leitung Dr. med. Ruben Jentzsch
Lutherstraße 10
04315 Leipzig

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, soweit solche nicht mehr zu beachten sind, nach Eingang des Widerrufs bei der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihre Daten ebenfalls löschen, soweit dies rechtlich möglich ist.

11) Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe und mit der beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden bin.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift