

## Einwilligung zur Einholung und Übermittlung von Patientendaten von:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der **Radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis Celle, Neumarkt 1, 29221 Celle**, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

JA, die o.g. Praxis darf, falls erforderlich, an sämtliche mich behandelnden Ärzte Befunde und Behandlungsdaten übermitteln und diese, falls erforderlich, auch anfordern

Nein, nur an/von folgende/n Ärzte/n: \_\_\_\_\_

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende **Angehörige** (KEINE ÄRZTE!) meine personenbezogenen Dokumente von der o.g. Praxis herausgegeben werden dürfen:

- 1.) \_\_\_\_\_  sämtliche Unterlagen  
Name, Vorname, Geb.-datum
- nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
- nur Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. CD)

- 2.) \_\_\_\_\_  sämtliche Unterlagen  
Name, Vorname, Geb.-datum
- nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
- nur Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. CD)

### Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des „**Doctolib Kalendersystems**“ per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten, meine Handynummer lautet: \_\_\_\_\_  
und/oder meine Emailadresse (in Druckbuchstaben) ist: \_\_\_\_\_

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten

Mir ist bekannt, dass mir und den zugewiesenen Ärzten meine Behandlungsdaten digital über das Patientenportal zur Verfügung gestellt werden.

Mir ist auch bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Celle, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient o. gesetzl. Vertreter



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Radiologisch-Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis Celle Dres. Ivančević/Wolter/Kratz/Golub/Bronzlik Neumarkt 1, 29221 Celle Telefon: 05141 – 92930 Telefax: 05141 - 929320 Email: <a href="mailto:info@radiologie-celle.de">info@radiologie-celle.de</a>	Kontaktdaten der/s Datenschutzbeauftragten: Radiologisch-Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis Celle Neumarkt 1, 29221 Celle Telefon: 05141 – 92930 Email: <a href="mailto:datenschutz@radiologie-celle.de">datenschutz@radiologie-celle.de</a>
--	---

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Zudem verarbeiten wir Ihre Daten auf Basis Ihrer uns erteilten Einwilligung.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger. Eine Übermittlung an die überweisenden Ärzte erfolgt auf Basis der gesetzlichen Anforderung nach § 85 Abs. 3 Nr. 3 Strahlenschutzgesetz.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu **widerrufen**. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Telefon: 0511 – 120- 4500  
Telefax: 0511 – 120- 4599

Email: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO / § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit § 85 Abs. 3 Nr. 3 Strahlenschutzgesetz. Zudem ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO bzw. im Falle von Gesundheitsdaten Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten erteilt haben. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam der „Radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis Celle“