



Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie

Prof. Dr.med. Stephan A. König

Dr.med. Claudia Bendl in Anstellung

Schillerplatz 12-14

67071 Ludwigshafen

Tel.: 0621- 6908780

Fax: 0621- 69087829

Praxiskoening@gmx.de

www.neurologie-koenig.de

info@neurologie-koenig.de

www.neurologisch-krankes-kind.de

Schriftliche Einwilligung gemäß Bundesdatenschutz-Gesetz und EU-DSGVO 2018

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die bei Terminvergabe angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift und Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und dienen als Nachweis für Aufsichtsbehörden.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Gesundheitsinformationen zählen zu den **besonderen Arten personenbezogener Daten** und sind als solche durch den Datenschutz besonders geschützt. Darüber hinaus unterliegen sie auch dem Arztgeheimnis.

Patientendaten dürfen nur unter engen Voraussetzungen erhoben, gespeichert, genutzt und verarbeitet werden.

Es bedarf dabei regelmäßig der Zustimmung des Betroffenen oder einer gesetzlichen Bestimmung, die dies gestattet. Zulässig ist dies etwa, wenn die Daten für die **Vorsorge, Diagnostik oder Behandlung** vonnöten sind.

Die **Übermittlung der Patientendaten** an Dritte ist nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig und bedarf entweder der expliziten Einwilligung des Betroffenen oder einer gesetzlich bestimmten Erlaubnis.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie bitte das jeweilige Feld an.

- 1. **Ich willige ein, dass mir die Praxis Prof. Dr. König postalisch Informationen übersendet.**
- 2. **Ich willige ein, dass mir die Praxis per E-Mail/Telefon/Fax/SMS* Informationen übersendet.**
(* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)
- 3. **Ich willige ein, dass die Praxis mit meiner Versicherung/ Krankenkasse in Kontakt tritt.**
- 4. **Ich willige ein, dass meine Daten im Rahmen des Forderungsmanagements bei Rechnungsstellung an Dritte (Rechtsanwaltskanzlei der Praxis/ Inkassounternehmen/ Private Verrechnungsstelle) weiter gegeben werden dürfen.**
- 5. **Ich möchte keine Zustimmung erteilen und wünsche keinerlei Kontaktaufnahme.**

[Ort, Datum] [Name und Unterschrift des Hauptversicherten].....

BITTE BEACHTEN SIE:

Medizinische Inhalte dürfen nicht per Telefon/ Email/ SMS/ Fax (unverschlüsselt) bearbeitet werden! Die Antwort erfolgt postalisch, sofern Versichertenkarte/ Porto/ Freiumschlag hinterlegt wurden!

Wir dürfen die Behandlung, Weiterbetreuung und Annahme von Patienten ablehnen, sofern Sie unsere AGBs nicht akzeptieren!

Rechte des Patienten: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 34 BDSG bzw. Art. 15 EU-DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 35 BDSG bzw. Art. 16 EU-DSGVO und Art. 17 EU-DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.