

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie Hinweise zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Nachname, Vorname des Patienten*

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift des Patienten

Nachname, Vorname und Anschrift des/r elterlichen Sorgeberechtigten/des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen oder sonst gesetzlich vertretenen Patienten

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungs-/Entbindungserklärung:

1. Belehrung:

Es wird darauf hingewiesen, dass

- a) die Abgabe der Erklärungen freiwillig ist,
- b) die Erklärungen auf bestimmte Behörden bzw. Stellen, bestimmte Ärzte, Therapeuten sowie bestimmte medizinische Leistungserbringer und Einrichtungen sowie bestimmte Unterlagen oder Daten beschränkt werden kann,
- c) die Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Wird die Erklärung verweigert oder beschränkt, darf das Rehasentrum nicht bzw. nur entsprechend dem Umfang der Erklärung personenbezogene Daten des Patienten erheben, verarbeiten, nutzen und übermitteln. Die bis zum Zeitpunkt Ihres Widerrufs erfolgten Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

2. Einwilligung-/Entbindungserklärung:

In Kenntnis der vorstehenden Belehrung

a) befreie ich hiermit die nachstehenden Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber dem Rehasentrum. Soweit deren Unterlagen Arztgutachten, Befunde und sonstige Vorgänge medizinischer Art enthalten, erteile ich zugleich die Entbindung von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Rehasentrum bei den nachstehenden Einrichtungen/Personen für erforderlich gehaltene Unterlagen anfragen und erhalten können:

meiner behandelnden Ärzte und Therapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

sonstige medizinische Leistungserbringer/Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser/Rehakliniken), auch denjenigen, bei denen ich früher in Behandlung war oder ein Vorgespräch hatte.

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung – Rehabilitation



b) hiermit teile ich den Namen und die Anschrift meines Hausarztes gemäß § 73 Absatz 1b SGB V mit:

Mein Hausarzt ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes)

Ich bin ich damit einverstanden, dass das Rehazentrum, die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Rehazentrum, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben, welche Ihr Hausarzt dokumentiert hat, zu erhalten. Das Rehazentrum wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Ich willige darin ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch das Rehazentrum an den hier von mir benannten Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt:

Ja Nein

Soweit der mich ins Krankenhaus überweisende/einweisende Arzt nicht mit meinem Hausarzt identisch ist, willige ich darin ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zu Dokumentations- und ggf. Weiterbehandlungszwecken an den überweisenden Arzt übermittelt werden

Ja Nein

bzw. die vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, angefordert werden können.

Ja Nein

Name und Anschrift des überweisenden/einweisenden Arztes:

c) Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss meines Aufenthaltes, meine Behandlungsdaten / Befunde durch das Rehazentrum zu Dokumentations- und ggf. Weiterbehandlungszwecken an den/die von mir nachstehenden benannten (Name, Anschrift)

zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden können. Ich entbinde zugleich in diesem Umfang von der Schweigepflicht und der Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

2. HINWEISE ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN

Auf den vorangegangenen Seiten haben Sie Gelegenheit, Ihre Einwilligungen in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen.

Im Folgenden informieren wir Sie über die bei uns stattfindende Datenverarbeitung. Bitte lesen Sie diese Informationen aufmerksam durch und kommen bei Fragen hierzu gerne auf uns zu. Wenden Sie sich dann an den Datenschutzbeauftragten des Reha-Zentrums (Kontaktinformationen finden Sie unter Punkt a).

a) Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Reha-Zentrum Lübeck, Konrad Adenauer Str. 4 23558 Lübeck
Kontaktinformationen: planung@reha-luebeck.de, Telefon: 0451 399390, Fax: 0451 3993930

Der/die betriebliche Datenschutzbeauftragte des Reha-Zentrums Lübeck, Esther Vielitz, ist unter Reha-Zentrum Lübeck, Konrad-Adenauer-Str. 4, 23558 Lübeck beziehungsweise unter esther.vielitz@helios-gesundheit.de erreichbar.

b) Verarbeitung personenbezogener Daten, mögliche Zwecke und Rechtsgrundlagen

Im Rahmen des von Ihnen bzw. des zu Ihren Gunsten mit dem Reha-Zentrum abgeschlossenen Behandlungsvertrages und zum Zweck Ihrer Behandlung werden Daten zu Ihrer Person, ihrem sozialen Status und zum Behandlungsverlauf verarbeitet. Diese Verarbeitungen erfolgen zu Zwecken Ihrer Versorgung / Behandlung.

Verarbeitungen können beispielsweise auch zu den Zwecken der Durchführung interdisziplinärer Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung, der verwaltungsmäßigen Abwicklung (z.B. Abrechnung, Controlling, Erstellung von Arztbriefen/Berichten) und aus Qualitätssicherungsgründen erfolgen.

Die rechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung ergibt sich hauptsächlich aufgrund des Behandlungsvertrages. Daneben gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die uns als Reha-Zentrum eine Verarbeitung der Daten erlauben, z.B. Artikel 6, 9 DSGVO, § 301 SGB V, § 22 BDSG (neu), §§ 630 ff. BGB etc. Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Die im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden in einer Akte zusammengeführt und entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt.

c) Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung und soweit dies aufgrund Ihrer Einwilligung oder gesetzlicher Vorschriften zulässig ist ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen, sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen, sofern Sie privat versichert,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte, -weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Deutsche Rentenversicherung
- externe Datenverarbeiter/Dienstleister (z.B. sog. Auftragsverarbeiter) *

Sofern Sie nicht wünschen, dass anfragende Dritte über Ihren Aufenthalt in unserem Haus Auskunft erhalten, wenden Sie sich bitte an die Sie behandelnden Mitarbeiter.

* Zum Zwecke Ihrer Behandlung werden ggf. externe Auftragnehmer eingesetzt (z. B. Schreibdienst, ggf. Labor). Seien Sie versichert, dass das Reha-Zentrum Lübeck diese Auftragnehmer sorgfältig ausgewählt hat und regelmäßig überprüft. Die Mitarbeiter unterliegen einer Geheimhaltungs- bzw. Schweigepflicht. Sofern Sie sich über die Auftragnehmer im Einzelnen informieren möchten, finden Sie eine aktuelle Übersicht an der Rezeption.

d) Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir sind gemäß § 630f BGB dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung von uns verwahrt.

Auch ist die Aufbewahrung zur Verteidigung gegen mögliche rechtliche Ansprüche möglicherweise erforderlich. Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

e) Ihre Rechte als Betroffener im Sinne des Datenschutzrechts

Ihnen stehen grundsätzlich die Betroffenenrechte aus den Artikeln 15-18, 20-21 DSGVO zu. Im Einzelnen bedeutet dies:

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten, insbesondere, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind. Des Weiteren steht Ihnen das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Grundsätzlich haben Sie ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen Sie betreffende Verarbeitungen gemäß Artikel 21 DSGVO.

f) Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns datenschutzrechtlich nicht zulässig ist, vgl. Art. 77 DSGVO.