



Datenerfassungsbogen und Patienteninformation zum Datenschutz

Liebe Eltern,

Sie möchten für Ihr Kind einen Termin in unserer kinder- und jugendneurologischen Spezialsprechstunde vereinbaren.

Um Ihr Kind in unsere Patientendatei aufnehmen zu können, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. 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. Weitere Informationen finden Sie auf Seite 3-4.

Patient Name _____ Vorname _____ O männl.
geb. _____ O weibl
O unbek.

Anschrift Straße _____ PLZ _____ Ort: _____

Eltern O Frau O Herr Name _____ Vorname _____

geb. _____ sorgeberechtigt O ja O nein

Beruf: _____

Tel. (privat): _____

Mobil _____ Email _____

Eltern O Frau O Herr Name _____ Vorname _____

geb. _____ sorgeberechtigt O ja O nein

Beruf: _____

Tel. (privat): _____

Mobil _____ Email _____

Wie ist das Kind versichert? privat gesetzlich

Über wen ist das Kind versichert? _____

Name der Krankenkasse: _____

Welcher Arzt hat Sie an uns überwiesen? _____

Beschreiben Sie kurz, aus welchem Grund eine neurologische Abklärung benötigt wird.



Datenerfassungsbogen und Patienteninformation zum Datenschutz

Liegt bereits eine Diagnose vor? _____

*Wir weisen darauf hin, dass für fest vereinbarte Termine **bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage** (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) ein **Ausfallgebühr i.H. von 60,00 €** geltend gemacht wird, falls der Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB).*

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis der o.g. Vereinbarung.

München, _____ **Unterschrift Erziehungsberechtigter** _____

Der Versand von persönlichen und/oder gar medizinischen Daten per Email wird aus datenschutzrechtlichen Gründen durch uns keinesfalls empfohlen, generell gilt für sensible Daten, dass diese am sichersten durch die Briefpost zugestellt werden. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung unter www.praxis-cosimastrasse.de oder auf persönliches Handout durch unsere Mitarbeiter.

Ich _____ (Name, Vorname des Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben) wünsche trotz der oben genannten eindrücklichen Hinweise bzgl. meines auf Seite 1 genannten Kindes per Email mit der Praxis Philipp Schoof und Dr. med. A. Müller zu kommunizieren.

Mit der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unsere personbezogenen Daten bin ich einverstanden.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit auf Löschung und Auskunft dieser Daten, jederzeit kann ich Widerspruch (per Textform an info@praxis-cosimastrasse.de oder per Post an GP P. Schoof und Dr. Müller, Cosimastrasse 106. 81927 München) gegen die Einwilligungserklärung erheben.

Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und ich erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Datenerfassungsbogen und Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Erziehungsberichtigte,
liebe Patienten,

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind Philipp Schoof und Dr. med. Arnd Müller.

Cosimastrasse 106
81927 München
Tel: +49 (0) 89 – 957 26 20
Fax: +49 (0) 89 – 957 26 219
Email: info@praxis-cosimastrasse.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

DataCo GmbH
Siegfriedstrasse 8
80803 München
Tel: +49 (0) 89 7400 45840
datenschutz@dataguard.de

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.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir ubernmitteln 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, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein. Die ubernmittlung 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 ubernmittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.



Datenerfassungsbogen und Patienteninformation zum Datenschutz

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 Paragraph 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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht

Hausanschrift:	Postanschrift:
Promenade 27	Postfach 606
91522 Ansbach	91511 Ansbach
Deutschland	Deutschland

Erreichbarkeit:
Telefon: +49(0)981531300
Telefax: +49(0)98153981300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam
Kinder- und Jugendfacharztpraxis
Philipp Schoof
und Dr. med. A. Müller