



## DATENSCHUTZ – EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Um Ihre Behandlung und eine optimale Versorgung sicherzustellen, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen und Gesundheitsdaten.

### 1. Zweck der Datenverarbeitung

Ihre Angaben werden von uns verwendet:

- zur medizinischen Diagnostik und Behandlung,
- zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte,
- zur Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse oder ggf. Zusatzleistungen,
- zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen (Recall).

### 2. Umfang der Datenverarbeitung

Folgende Daten können verarbeitet werden:

- Persönliche Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten),
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Diagnosen, Laborwerte, Befunde),
- Angaben zu Medikamenten, Allergien, Impfungen, Vorerkrankungen, Operationen, Familienanamnese, Vorgeschichte.

### 3. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur an:

- mitbehandelnde Ärzt:innen, Kliniken oder Labore,
- Krankenkassen für Abrechnungszwecke,
- andere Stellen nur, wenn gesetzlich vorgeschrieben oder von Ihnen ausdrücklich genehmigt.

Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

### 4. Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die Behandlung oder gesetzliche Aufbewahrungsfristen erforderlich ist.

Gesundheitsdaten werden gemäß § 630f BGB in der Regel mindestens 10 Jahre aufbewahrt.



## 5. Rechte der Patient:innen

Sie haben jederzeit das Recht auf:

- Auskunft über Ihre gespeicherten Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung von Daten, soweit gesetzlich möglich,
- Einschränkung der Verarbeitung,
- Widerruf Ihrer Einwilligung (ohne dass die bisherige Behandlung betroffen ist).

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an:

Angela Morikj, Internistische Hausarztpraxis Vitamor, Waltgerstraße 46, 36124 Eichenzell-Welkers

oder per E-Mail: [info@praxis-vitamor.de](mailto:info@praxis-vitamor.de)

## 6. Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung gelesen und verstanden.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und Gesundheitsdaten von der Praxis Vitamor gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies für die Behandlung, Abrechnung und Praxisorganisation erforderlich ist.

Ich stimme außerdem zu, dass ich schriftlich an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen erinnert werden darf (Recall).

Ja, ich stimme zu       Nein, ich stimme nicht zu

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Hinweis:

- Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.
- Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung.