DIALYSEZENTRUM Berlin-Mahlsdorf
ZENTRUM FÜR NEPHROLOGIE & DIALYSE

Dr. med. Bianca Bischoff • Dr. med. Juliane Hoffzimmer • Dr. med. Claudia Körner
Fachärztinnen für Innere Medizin & Nephrologie
Thorner Straße 1 • 12623 Berlin-Mahlsdorf

Patienteninformation & Einwilligung zum Datenschutz

Pflichtinformationen gem. Art. 13 DSGVO & Schweigepflichtentbindung (§ 73 Abs. 1b SGB V, Art. 9 DSGVO, § 203 StGB)

1. DATENSCHUTZINFORMATION GEMÄSS ART. 13 DSGVO (GESETZLICHE DATENVERARBEITUNG)

Verantwortliche Stelle: Dialysezentrum Berlin-Mahlsdorf, Zentrum für Nephrologie & Dialyse (BAG Dr. med. Bianca Bischoff & Dr. med. Juliane Hoffzimmer), Thorner Straße 1, 12623 Berlin, Tel.: 030 / 566 24 84, E-Mail: kontakt@dialyse-berlin.net. • **Datenschutzbeauftragter:** Richard Fendt, E-Mail: datenschutz@dialyse-berlin.net.
Zwecke, Rechtsgrundlagen & gesetzliche Empfänger: Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (insb. Gesundheitsdaten) erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 630a BGB). Soweit gesetzlich vorgeschrieben oder zur Vertragsdurchführung erforderlich, werden Daten kraft Gesetzes übermittelt an: **Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Krankenkassen, Medizinischer Dienst (MD), Auftragslaboratorien sowie Pathologie** (§§ 294 ff., 276 SGB V).
Speicherdauer & Ihre Rechte: Ihre Behandlungsdokumentation wird gemäß § 630f Abs. 3 BGB, § 10 BO-Ä Berlin für mindestens **10 Jahre** nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (ggf. bis zu 30 Jahre nach gesetzlichen Sondervorschriften). Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17), Einschränkung (Art. 18), Datenübertragbarkeit (Art. 20) sowie das Recht auf Beschwerde (Art. 77 DSGVO) bei der Aufsichtsbehörde (Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Alt-Moabit 59–61, 10555 Berlin).

2. FREIWILLIGE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG & SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG (§ 73 Abs. 1b SGB V, § 203 StGB)

Name, Vorname:		**Geburtsdatum:**	

Über die gesetzlichen Übermittlungen hinaus willige ich freiwillig ein und entbinde die behandelnden Ärztinnen der Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Hausarzt & mit-/weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken, OP-Zentren (§ 73 Abs. 1b SGB V): Übermittlung und Anforderung von Befunden, Arztbriefen und Laborwerten zur abgestimmten Mit- und Weiterbehandlung.	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Betreuende Pflegedienste / Pflegeeinrichtungen & versorgende Apotheken: Austausch medizinisch notwendiger Medikationspläne, Verordnungen und behandlungsrelevanter Pflegeinformationen.	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Kontaktaufnahme (Telefon, Mobil, Fax, E-Mail) & praxisinterne Befundsichtung: Nutzung meiner angegebenen Kontaktdaten zur Termin-/Behandlungsabstimmung sowie Entgegennahme von mir per Praxisfax oder Praxis-E-Mail übersandten Befunden durch das Praxisteam zur Einsichtnahme durch alle drei Praxisärztinnen.	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Privatärztliche Verrechnungsstelle (nur bei Privatliquidation / Selbstzahlern): Weitergabe der abrechnungsrelevanten Behandlungsdaten zum Zwecke der Rechnungsstellung und Einziehung.	☐ **Ja** ☐ **Nein**

Widerrufsrecht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO, § 73 Abs. 1b SGB V): Die Erteilung dieser Einwilligungen ist freiwillig. Ich bin berechtigt, meine Einwilligung(en) jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum	**Unterschrift der Patientin / des Patienten (bzw. gesetzl. Vertreter)**