



Qualitäts-  
management  
für Arztpraxen

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe/ Datenschutz

Praxis DM R. Hofmann

---

Pat. Nr.:

Dipl. Med. Rolf Hofmann  
FA für Allgemeinmedizin / Akupunktur und Psychotherapie  
Radeberger Str.2a  
01465 Langebrück

Name u. Geb. Datum des Patienten:	
-----------------------------------	--

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Arztpraxis R. Hofmann von der gesetzlichen Schweigepflicht in Bezug auf die Weitergabe meiner Daten:

- zur Berichtübermittlung an meinen Hausarzt oder Facharzt
- zur Informationsweitergabe ( z.B. Blutwerte) ggf. auch telefonisch
- zur Rücksprache bei Situationsverschlechterung ( z.B. Pflegedienst)
- Versand meiner Unterlagen per Fax
- Übermittlung und Nutzung meiner Daten bezüglich der VERAH und ihren Aufgaben
- Ausgabe von Rezepten und Überweisungsscheinen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Versorgung in der Arztpraxis und meinem häuslichen Umfeld.

Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus dem Sozialgesetzbuch ( SGB ) stattfindet.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann ansonsten gilt sie bis über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name



Qualitäts-  
management  
für Arztpraxen

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe/ Datenschutz

Praxis DM R. Hofmann

---

### **Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis**

Liebe Patientin, lieber Patient,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

#### **1. Zweck der Datenverarbeitung**

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnesen (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapievorschläge und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten in Verfügung gestellt werden (z. B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

#### **2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dipl.-Med. Rolf Hofmann, Radeberger Str. 2a 01465 Langebrück, Tel: 035201-70242 E-Mail: [service@praxis-hofmann.de](mailto:service@praxis-hofmann.de), [www.praxis-hofmann.de](http://www.praxis-hofmann.de)

#### **3. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre (z. B. Dokumentationen zur Strahlentherapie).

Nach eigenem Ermessen bewahren wir auch andere medizinische Unterlagen 30 Jahre lang auf, um uns für den Fall eventueller Schmerzensgeldforderungen abzusichern.

Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.



Qualitäts-  
management  
für Arztpraxen

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe/ Datenschutz

Praxis DM R. Hofmann

---

### 4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte

Wir sind dazu verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihre Krankenkasse, den medizinischen Dienst Ihrer Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z. B. Laboruntersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor).

Die Weiterleitung an andere Ärzte erfolgt aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben (s. u.).

### 5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren.

In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privatärztliche Abrechnungsstelle), dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Bitte wenden Sie sich an uns, an unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

---

**Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.**

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift



Qualitäts-  
management  
für Arztpraxen

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe/ Datenschutz

Praxis DM R. Hofmann

---

### **Liebe Patienten !**

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Sie regelmäßig an ausstehende und notwendige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnern.

Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis.

### **Einverständniserklärung für Patienten**

Ich .....

Name, Vorname des Versicherten, geb. am .....

bin damit einverstanden, dass die Praxis Dipl. Med. Rolf Hofmann, mich (schriftlich/ telefonisch/ per Mail/ SMS an sinnvolle und notwendige Behandlungen und Termine erinnert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Praxis Dipl.-Med. Rolf Hofmann, setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

---

Datum, Unterschrift des Patienten