

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Ermächtigungsambulanz von (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Prof. Dr. Bernhard Steinhoff       PD Dr. T. Bast       Prof. Dr. P. Martin
- Dr. A. Staack       Fr. C. Raab       MZEB / Prof. Dr. Martin
- Psychiatrische Institutsambulanz

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Weitere Informationen zum Datenschutz in den Ambulanzen des Epilepsiezentriums und

- über den Umfang und die Art meiner Daten,
  - über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung,
  - über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen
- finden Sie auf der Rückseite dieser Einwilligung und unserer Homepage, zu welchen ich auch Rückfragen stellen konnte.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung von uns angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer von uns übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch die Epilepsieberatungsstelle der Diakonie Kork und Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind
- mich betreffende Leistungsentscheidungen von Kostenträgern (z.B. Kranken- und Pflegekassen) direkt an uns übermittelt werden dürfen

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Terminerinnerungen, Terminverschiebungen und weiterführenden Absprachen/Informationen zu meiner Behandlung genutzt werden dürfen und die Ambulanz sich hierzu telefonisch, per Fax oder Mail mit mir in Verbindung setzen darf.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

# Patienteninformation zum Datenschutz

---

Informationen gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in den Ambulanzen des Epilepsiezentrams Kork

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten in unseren Ambulanzen.

## 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die auf der Einwilligungserklärung benannte Ermächtigungsambulanz. Alle Kontaktdaten und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Website unter [www.epilepsiezentrum.de](http://www.epilepsiezentrum.de).

Die Kontaktdaten des zuständigen Datenschutzbeauftragten finden Sie ebenfalls auf unserer Website.

## 2. Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapieempfehlungen.

Eine Übersicht der zugrundeliegenden Rechtsgrundlagen haben wir für Sie auf unserer Website zusammengestellt. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

## 3. Empfänger Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechnigte Empfänger.

## 4. Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,  
*Hinweis: Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht.*
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

*Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Königstraße 10 a  
70173 Stuttgart*