

Einwilligung zur Datenerhebung, - Verarbeitung und - Speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen, der Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken/Studien und zur Qualitätssicherung durch die Praxis zu. Ich habe das Recht, über die meine Person betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann ich die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus besteht unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. H) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. B) Bundesschutzgesetz. Auf Wunsch wird mir ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann.

Ich willige hiermit ein, dass mein Arzt ortho-singen.kvbw@kv.dox.kim.telematik personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/ Weiterbehandlung an o.g. Einrichtung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind. Diese Daten werden als "eArztbrief" übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei. Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin. Ich erteile diese Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen gültig ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.