



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
Vorname, Name Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Wollmarshöhe GmbH meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden und die Verwaltung der Daten durch die Klinik Wollmarshöhe GmbH im Auftrag erfolgt. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt (siehe Rückseite, Stand 08.02.2019/V.3), zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- ich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern (u.a. Klinik Wollmarshöhe GmbH) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- ich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer (u.a. Klinik Wollmarshöhe GmbH) übermittelt und ausgetauscht werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore (Laborgemeinschaft Weingarten, MVZ Labor Ravensburg), die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wir verwenden Ihre Daten für Terminerinnerungen und Informationen. (telefonisch, schriftlich oder per E-Mail).

E-Mail-Adresse: _____

Ich wünsche keine Informationen oder Terminerinnerungen per E-Mail. (Bitte weisen Sie unsere Mitarbeiterin am Empfang auch mündlich darauf hin)

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Medizinisches Versorgungszentrum

Kardiologie - Psychokardiologie
Diabetologie
Innere Medizin
Psychotherapie
Stressmedizin - Neuropsychologie

MVZ Wollmarshöhe GmbH

Wollmarshofen 14
88285 Bodnegg
Deutschland

Telefon +49 (0)7520 914 837-0
Telefax +49 (0)7520 914 837-7

info@mvz-wollmarshoehe.de
www.mvz-wollmarshoehe.de

Bürozeiten

Montag – Donnerstag
8.00 – 13.00 Uhr u. 14.00 – 17.00 Uhr
Freitag
8.00 – 13.00 Uhr

Träger

MVZ Wollmarshöhe GmbH
Amtsgericht Ulm
HRB 73 8355
BSNR 623 208 500
Sitz: 88285 Bodnegg,
Wollmarshofen 14
Geschäftsführer:
Dr. med. Kilian W. Mehl

Bankverbindung

VR Bank Ravensburg-Weingarten
IBAN DE87 6506 2577 0040 5230 04
BIC GENODES1RRV



Patienteninformation zum Datenschutz

Informationen gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis. Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung : MVZ Wollmarshöhe GmbH, Wollmarshofen 14, 88285 Bodnegg
Tel. 07520-9148370. Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: datenschutz@wollmarshoeh.de

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 kann dem Anhang entnommen werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie nicht widersprochen haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerungen, die Sie betreffen.

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 die Klinik Wollmarshöhe GmbH, Bodnegg und beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen. Wir arbeiten mit folgenden Laboren zusammen: Laborgemeinschaft Weingarten & MVZ Labor Ravensburg. Die Klinik stellt im Rahmen einer Auftragsverarbeitung die EDV, Räume, Geräte und Personal zur Verfügung. Das Personal unterliegt dabei der gesetzlichen Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses wie ein Arzt. Die medizinisch-therapeutischen Mitarbeiter der Klinik erhalten jedoch nur im Einzelfall Daten, z. B. im Rahmen einer konsiliarischen Zusammenarbeit oder bei einer Mit- oder Weiterbehandlung dort. 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. Videoüberwachung

Zu Ihrer Sicherheit (u.a. gegen Einbruchdiebstahl) werden die öffentlichen Bereiche (also nicht die Behandlungszimmer) per Video überwacht. Eine systematische Auswertung erfolgt nicht. Die Daten werden nach 1 Monat gelöscht, wenn sie nicht ihrem Zweck entsprechend den Strafverfolgungsbehörden zur Verfügung gestellt werden müssen.

5. 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 Übermittlung und weitere Verarbeitung Ihrer Daten an mit-/weiterbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass bei Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist. Dringende medizinische Notfälle sind davon nicht betroffen. Bei Fragen zu den Inhalten dieses Informationsblatts zum Datenschutz in unserer Praxis, insbesondere zu dem Umfang und der Art Ihrer Daten, den Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, den Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen, können Sie sich gerne an das Praxispersonal wenden. 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.**

6. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä. Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke: Abrechnung der ärztlichen Leistungen, Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse. Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien). Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung. Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen. Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.



Fragebogen KARDIOLOGIE

2 Seiten / S. 1/2

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer und Wohnort

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Hausarzt

Brief erwünscht? ja nein

**Wir freuen uns, Sie im MVZ der Wollmarshöhe begrüßen zu dürfen.
Wir bitten Sie, die folgenden Fragen (so gut Sie können) zu beantworten:**

1. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen/Bluthochdruck/
Stent/Schlaganfall/Herzinfarkt aufgetreten?

ja nein unbekannt

3. Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit?

ja nein

wenn ja: Seit wann? _____ welcher Typ? _____

4. Rauchen Sie? Wenn ja: Wieviel Zigaretten täglich?

ja nein

5. Trinken Sie Alkohol? Wieviel? Wie häufig?

ja nein

6. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt?

ja nein unbekannt

7. Leiden Sie unter Bluthochdruck

ja nein unbekannt

Wenn ja, seit wann? _____ letzte Werte: ____ / ____ mmHg

8. Bestehen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____



9. Aktuelle Beschwerden:

- Atemnot Müdigkeit Erschöpfung
- Brustschmerzen Antriebslosigkeit Depression
- Stressbelastung privat innere Unruhe Angst/Panikstörung
- Stressbelastung beruflich Morgentief. Schlafprobleme
- Sonstiges: _____

10. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen

ja nein

Wenn ja welche? Seit wann

11. Sind Sie schon einmal operiert worden?

ja nein

Wenn ja: welche? Wann?

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche (Medikament + Dosis):

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Impfstoff? _____ nein ja wie oft? _____
(Ihre Auskunft ist freiwillig)

Datum

Unterschrift Patient(in)