



BG-/DGUV-BEHANDLUNG
PRAXIS DR. MED. JAN EUJEN-SCHRÖDER
FACHARZT FÜR PSYCHIATRIE & PSYCHOTHERAPIE

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | E-Mail |
| Strasse / Hausnummer | PLZ / Ort | Telefon / Handynummer |
| Name der BG | Sachbearbeiter BG | Telefon Sachbearbeiter BG |
| Unfalltag | Aktenzeichen der BG | D-Arzt |

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ
SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Im Rahmen der Heilbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung werden nach § 34 SGB VII durch die Praxis Dr. Eujen-Schröder personenbezogene Daten über die Behandlung und Ihren Gesundheitszustand erhoben, gespeichert und an den Unfallversicherungsträger weiter geleitet, soweit dies für die Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung der Leistungen einschließlich der Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich ist. Ferner erhebt die Praxis Dr. Eujen-Schröder Daten, die für die Entscheidung, eine Heilbehandlung gemäß § 34 SGB VII durchzuführen, maßgeblich waren.

Des Weiteren ist es für das Verfahren notwendig, Behandlungsdaten an den zuständigen D-Arzt, Betriebsarzt oder Arbeitsmediziner weiter zu geben. Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift bereit, dass Dr. Eujen-Schröder gegenüber dem zuständigen D-Arzt/Betriebsarzt/Arbeitsmediziner von seiner ärztlichen Schweigepflicht befreit wird.

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auch auf die Mitarbeiter der genannten Person(en). Die genannten Personen sind befugt, Abschriften und Kopien aus den Krankenunterlagen zu überlassen. Diese Schweigepflichtentbindung wird freiwillig erteilt, gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden. Bei Widerruf der Schweigepflichtentbindung ist eine Fortsetzung der Behandlung ggf. nur nach Absprache mit der BG möglich, da eine Berichtspflicht von Dr. Eujen-Schröder gegenüber dem D-Arzt besteht.

Sie können auf Rechtsgrundlage des § 201 SGB VII vom Unfallversicherungsträger verlangen, über die von der Praxis Dr. Eujen-Schröder übermittelten Daten informiert zu werden. Soweit die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen und die Krankenkassen Daten nach Absatz 2 zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen, dürfen die Daten auch an sie übermittelt werden.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Behandler und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Anschrift: Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
Kontakt Daten: Telefon 0611 / 1408-80
Fax 0611 / 1408-900
poststelle@datenschutz.hessen.de

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und gleichzeitig Datenschutzbeauftragter ist:

Dr. med. Jan Eujen-Schröder

Ihre Einwilligung

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

Durch Ihre Unterschrift willigen Sie ein, per Email Informationen (z.B. Terminvereinbarungen und Terminerinnerungen, Zugangsdaten für Online-Diagnostik, Mails oder Antworten auf Ihre Mails) zugesendet zu bekommen, die bei der Übertragung ggf. auch vertraulicher oder schweigepflichtiger Daten nicht sicher vor Dritten geschützt sind (ggf. jeweils streichen). Sie willigen ein, unter Ihrer Telefonnummer angerufen zu werden, auch wenn andere dieses Telefon bedienen (ggf. streichen). Sie willigen ein, dass eine Nachricht von Dr. Eujen-Schröder auf Ihrem AB hinterlassen werden darf, auch wenn dieser von anderen abgehört werden kann (ggf. streichen).

Abrechnung der Behandlung

Sie willigen in separater Erklärung ein, dass Dr. Eujen-Schröder Ihre Behandlungskosten mit Ihrer BG oder Unfallkasse über die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl abrechnet.

Kurze Beschreibung des Unfallereignisses und seiner Folgen:

Kassel, den

Unterschrift PatientIn

Falkensteinstr. 13 · 34132 Kassel
Telefon 0561 / 890 869 11
Fax 890 75 72

kontakt@pt-kassel.de
www.psychotherapiepraxis-kassel.de

| | | |
|--|--|---|
| Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin | | Vorname* |
| geboren am | | Nachname* |
| | | Geburtsdatum* |
| | | Straße, Nr.* |
| | | PLZ, Ort* |
| | | <small>*nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen</small> |

Behandler (Praxisstempel)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0
Telefax 09081 2926-59
info@pas-hammerl.de

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Ich bin mit der Weiterabtretung meiner Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



PAS DR. HAMMERL

Informationen für Patienten nach Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten wir verarbeiten, steht Ihnen jederzeit unser Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Datenschutzbeauftragter
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
Telefon 09081 2926-0
datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Ihre PAS Dr. Hammerl



PAS DR. HAMMERL

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin Einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Dr. med. Jan Eujen-Schröder
Arztlicher Psychotherapeut
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Spezielle Psychotraumatheorie (DeGPT)
Falkensteinstrasse 13 · 34132 Kassel
Telefon 0561 / 890 869 11 · Fax 890 75 72
kontakt@pt-kassel.de
www.pt-kassel.de
(Stempel der Praxis) Privat



Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung durch Ihren Arzt oder Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in Frage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie und Ihren Arzt/Therapeuten.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihr Arzt über Fragen des Datenschutzes. Ihr Arzt wird außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Arzt/Therapeuten einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen