

## **Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Zweck Ihrer medizinischen Behandlung ist es erforderlich, personenbezogene Daten – auch besonders sensible Gesundheitsdaten – zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten.

Bitte wählen Sie im Folgenden durch Ankreuzen aus, in welchem Umfang Sie einwilligen:

### **1. Allgemeine Datenverarbeitung in der Praxis**

Ja, ich willige ein, dass die Salinpraxis Rosenheim meine personenbezogenen und medizinischen Daten (einschließlich Fremdbefunde) zur Behandlung, Dokumentation und Kommunikation mit anderen Leistungserbringern verarbeitet.

Nein, ich willige nicht ein. (Hinweis: Eine Behandlung ist dann ggf. nur eingeschränkt möglich.)

### **2. Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)**

Mir ist bewusst, dass die Praxis gesetzlich verpflichtet ist, bestimmte Daten in die EPA zu laden. Für eine über die gesetzliche Pflicht zur Befüllung der EPA hinausgehende Speicherung von medizinischen Daten muss der Pat. jeweils einen Auftrag erteilen.

### **3. Einverständnis zum Rechnungsversand per E-Mail**

Ja, ich willige ein, dass mir Rechnungen der Praxis per E-Mail an meine angegebene Adresse zugesandt werden dürfen.

### **4. Einverständnis zur Kontaktaufnahme**

Ja, ich willige ein, dass die Praxis mich zur Terminvereinbarung, Befundmitteilung oder Rückfragen etc. kontaktieren darf.

Nein, ich wünsche keine Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail, außer in dringenden medizinischen Notfällen.

### **5. Hinweis auf Widerrufsrecht**

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

## **Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärung nach DSGVO**

Wir, die Salinpraxis Rosenheim, nehmen den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst. Ihre Daten werden gemäß DSGVO, BDSG und der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

### **1. Verantwortliche Stelle**

Salinpraxis Rosenheim, Salinstraße 1, 83022 Rosenheim  
Telefon: 08031 / 14081 - E-Mail: info@salinpraxis.de

### **2. Welche Daten wir verarbeiten**

- Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktdaten)
- Versicherungs- und Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Therapien, Arztbriefe)
- Kommunikationsdaten (z. B. Telefon, E-Mail, Online-Termine)

### **3. Zweck und Rechtsgrundlage**

Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck Ihrer medizinischen Versorgung sowie zur Abrechnung. Rechtsgrundlage sind Art. 6 und Art. 9 DSGVO, das BDSG sowie die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB).

### **4. Weitergabe von Daten**

Daten werden nur weitergegeben, wenn es gesetzlich erlaubt oder für Ihre Behandlung erforderlich ist, z. B. an andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Krankenkassen oder Abrechnungsstellen.

### **5. Speicherdauer**

Ihre Daten werden entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre, teilweise länger) gespeichert.

### **6. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie Widerspruch (Art. 15–21 DSGVO). Zur Ausübung wenden Sie sich bitte an uns.

### **7. Beschwerderecht**

Sie können sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren:  
Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 18, 91522 Ansbach, [www.lida.bayern.de](http://www.lida.bayern.de)

### **8. Datensicherheit**

Wir schützen Ihre Daten durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor unbefugtem Zugriff.

## Salinpraxis Rosenheim, Dr. med. Michael Iberer

### Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGB V i. V. m. DSGVO

Ich,

\_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt

- alle mich betreffenden medizinischen Unterlagen, insbesondere Befunde, Diagnosen, Arztberichte, Laborwerte sowie Angaben zu Therapien und Behandlungsmaßnahmen,
- bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation, Diagnostik und Behandlung anfordert und
- an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt alle über mich gespeicherten medizinischen Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Hinweise gemäß DSGVO:

- Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich zum Zweck meiner medizinischen Versorgung nach den Vorgaben der DSGVO und des SGB V.
- Eine Weitergabe an Dritte außerhalb der medizinischen Behandlung erfolgt nicht.
- Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die Behandlung sowie aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten erforderlich ist.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

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

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)