

## Einwilligung in die Datenverarbeitung in dieser Praxis

### **Datenerhebung**

Zur Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Betreuung müssen in dieser Praxis personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten von Ihnen erhoben werden.

Dies sind im Einzelnen: Ihr Vor- und Nachname, Telefonnummer, Adresse und Ihr Geburtsdatum, Anamnese, Therapie und Krankheitsverlauf sowie die Daten zu Ihrem Versicherungsschutz.

### **Rechtsgrundlage**

Rechtsgrundlage für diese Erhebung und Speicherung ist der Ihnen jeweils vorliegende Behandlungsvertrag.

Wir verwenden Ihre Daten zur internen Verwaltung (ärztliche Dokumentation, zur Erstellung von Bescheinigungen, Rezepten, Rechnungen und Mahnungen).

Mit Einwilligung in den Behandlungsvertrag willigen Sie auch der internen Verarbeitung der Daten in unserer Praxis ein. Zugriff auf diese Daten haben neben den Ärzten auch die Mitarbeiter, die in der Praxis arbeiten und einer gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Darüber hinaus geben wir Ihre Daten im Rahmen des Behandlungsvertrags an externe Haus- und Fachärzte, Labore oder auch Kliniken zur Information und Durchführung der jeweiligen Untersuchungen und Behandlungen weiter. Auch für Bestellungen individuell auf Sie abgestellter Immuntherapeutika ist die Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an die Hersteller erforderlich.

### **Ihre Rechte**

Sie können die erteilte Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Den Widerruf können Sie uns entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax sowie auch direkt mündlich in der Praxis übermitteln. Darüber hinaus haben Sie jeder Zeit ein Recht auf Herausgabe, Löschung (soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten dem entgegenstehen) sowie Übertragung Ihrer Daten. Auch dafür reicht eine formlose Mitteilung persönlich in der Praxis, per Post, per E-Mail oder per Fax an unsere Adresse.

Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass eine datenfreie Behandlung nicht möglich ist.

---

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung in die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu den benannten Zwecken.**

**Bitte gut leserlich und in Druckbuchstaben Namen des Patienten:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_ **Köln, den** \_\_\_\_\_