

Datenschutzerklärung

Nachname, Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse (Tarif):		Beruf:	
☐ privatversichert ☐ Kostenerstattung ☐ gesetzlich		☐ arbeitslos ☐ krank geschrieben ☐ in Rente	
Telefon-Nr.:		E-Mail:	

Ich bin damit einverstanden, dass im MVZ Hausärzte am Campus (Wertherstr. 267, 33619 Bielefeld) meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt (im Vertretungsfall)
- das Labor Krone, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen
- die MVZ DIAMEDIS Diagnostische Medizin Sennestadt GmbH, Dunlopstr. 50, 33689 Sennestadt
- Arbeitsgemeinschaft Ostwestfälischer Ärzte GbR, Dunlopstr. 50, 33689 Bielefeld (Labor)
- Privatärztliche Teil-Gemeinschaftspraxis Bielefeld GbR, Deckertstr. 54, 33617 Bielefeld (Labor)
- die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxis: Zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena (Software), Prax-iq lösungsorientiert GbR, Waagestraße 5, 33729 Bielefeld (Infrastruktur)

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet/genutzt werden:

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Datum, Ort

Unterschrift des/der Patienten/in
(Sorgeberechtigter)



Information und Widerrufsrecht

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

MVZ Hausärzte am Campus GbR, Wertherstraße 267, 33619 Bielefeld

Telefon: (0521) 16 38 33 · E-Mail: praxis@hausaeerzte-amcampus.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Datum, Ort

Unterschrift des/der Patienten/in
(Sorgeberechtigter)

