



## **Datenschutz-Einwilligungserklärung**

### **Aufklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
in der Regel verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auf der Grundlage eines Gesetzes (z.B. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages). Über gesetzliche Erlaubnisse zur Datenverarbeitung hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten in meiner/unserer Praxis zu folgenden Zwecken verarbeitet, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen:

- a) Abrechnung über die private Verrechnungsstelle
- b) Dokumentationssammlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
- c) Notfalldatenmanagement über die Chipkarte (nur GKV-Versicherte)

Hierfür werden personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten über Ihre Behandlung verarbeitet. Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten) zu Ihrer Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

- Angaben zu aktuellen Beschwerden
- biometrische Daten (Größe, Gewicht, Vitalzeichen)
- Relevante Vorerkrankungen, Operationen, Medikamente, Allergien
- biografische und soziale Anamnese
- relevante Risikofaktoren wie Familienanamnese, Genussmittel
- Untersuchungs,- und technische Befunde
- Fremdbefunde

Zu dem unter

- a) genannten Zweck möchten wir die relevanten personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Behandlungsdatum, Leistungsziffern, Beträge, Behandlungsdiagnose) an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) übermitteln. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
- b) genannten Zweck möchten wir die Daten in unserer Praxisverwaltungssoftware lokal speichern, um im Falle einer sich entwickelnden Relevanz schnellstmöglich Zugriff zu haben. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
- c) genannten Zweck verbleiben auf Ihrer Gesundheitskarte. Den Zugriff können Sie mittels PIN von Ihrer GKV schützen und nur für Notfälle freigeben.

Ihr Ansprechpartner und Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DS-GVO ist

Name der Arztpraxis: Fehntjer Hausarztpraxis  
Verantwortliche: Jens Schapp, Christian Hinrichs  
Adresse: Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland Telefon: 04954/4360  
Fax: 04954/004556  
E-Mail: [info@fehntjer-hausarztpraxis.de](mailto:info@fehntjer-hausarztpraxis.de)

---

Weitere Informationen können Sie unseren Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DS-GVO entnehmen, die Sie an der Information erhalten können

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu der vorstehend beschriebenen Datenverarbeitung.



## **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Name :

Geburtsdatum:

Anschrift :

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Fehntjer Hausarztpraxis personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zur/m

- ☐ Abrechnung über die private Verrechnungsstelle an die PVS übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden
- ☐ Informationssammlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung lokal speichert
- ☐ Notfalldatenmanagement über die Chipkarte (nur GKV-Versicherte)

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Fehntjer Hausarztpraxis widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- bei Widerspruch eine inkomplette Dokumentationssammlung nicht gleichbedeutend mit einem Befunderhebungsfehler des behandelnden Arztes ist

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten



Jens Schapp MBBS AKC (King's College London)  
Christian Hinrichs  
FÄ für Allgemeinmedizin

Jann-Berghaus-Str.17, 26802 Moormerland Tel.: 04954-4360

## **Vollmacht & Weiternutzungserlaubnis**

Name :  
Geboren am :  
Wohnhaft in :

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Jens Schapp & Christian Hinrichs

Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland

Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 [info@fehntjer-hausarztpraxis.de](mailto:info@fehntjer-hausarztpraxis.de)

Die bisher in der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Dr. med Ulrike Hinrichs und Jens Schapp

Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland

Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 [info@fehntjer-hausarztpraxis.de](mailto:info@fehntjer-hausarztpraxis.de)

und der rechtlichen Vorgängerpraxis, der Gemeinschaftspraxis Dres. U. & M. Hinrichs ebenda,

erhobenen, gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu erheben, zu speichern und weiter verarbeiten zu dürfen.

Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten) zu meiner Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

- Angaben zu aktuellen Beschwerden
- biometrische Daten (Größe, Gewicht, Vitalzeichen)
- Relevante Vorerkrankungen, Operationen, Medikamente, Allergien
- biografische und soziale Anamnese
- relevante Risikofaktoren wie Familienanamnese, Genussmittel
- Untersuchungs- und technische Befunde
- Fremdbefunde

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Fehntjer Hausarztpraxis widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- bei Widerspruch eine inkomplette Dokumentationssammlung nicht gleichbedeutend mit einem Befunderhebungsfehler des behandelnden Arztes ist

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem,

- dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.
- Dass meine in der bisherigen Praxis hinterlegten datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Vollmachten Ihre Gültigkeit behalten und für die Fehntjer Hausarztpraxis unter Leitung von Herrn Schapp und Herrn Hinrichs weiter gelten

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten



## **Vollmacht**

Name :   
Geboren am :   
Wohnhaft in :

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Jens Schapp & Christian Hinrichs  
Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland  
Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 info@fehntjer-hausarztpraxis.de

die Ausgabe von folgenden Unterlagen:

- ☐ Rezepte ☐ Überweisungen ☐ Einweisungen  
☐ Bescheinigungen ☐ Formularen ☐ Arztbriefen ☐ Rechnungen

### **An folgende Person(en):**

Name :  Name :   
Geb. :  Geb. :

An **folgende Dienstleister** im Rahmen Ihrer dienstlichen Tätigkeit unter Wahrung der Verschwiegenheit

<b>Pflegedienst:</b> <input type="text"/>	<b>Pflegeheim</b> <input type="text"/>
<b>Apotheken:</b> <input type="text"/>	<b>Sonstige</b> (z.B. Lieferanten für Inkontinenzmaterialien, Sondennahrung, o.ä.) <input type="text"/>

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten