

**Dr. Heribert Moorkamp**

Reichenberger Straße 38, 53604 Bad Honnef, Tel. 02224/1222104

[h.moorkamp@dr-moorkamp.de](mailto:h.moorkamp@dr-moorkamp.de)

[https:// dr-moorkamp.de](https://dr-moorkamp.de)

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung in meiner Praxis**

**Name:** .....

**Geb.am:** .....

**Anschrift:** .....

.....

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliege ich als Arzt einer strengen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. Nach dem am 25.5.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

**a)** Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Dr. Heribert Moorkamp, Praxisname und Adresse: siehe Briefkopf. Außerdem habe ich Herrn Miguel Fußhöller, Firma Beberast, für den IT-Service beauftragt. In IT-Notfällen könnte dieser Zugriff auf personenbezogene Daten erhalten.

**b)** In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, Fax: 0211/38424-10, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Kontakt Daten: [https://www.ldi.nrw.de/metanavi\\_Kontakt/index.php](https://www.ldi.nrw.de/metanavi_Kontakt/index.php)

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

Hierzu verarbeiten ich sowie meine angestellte Büromitarbeiterin, Frau Kerstin Löwenstein, Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Heilpraktiker und Krankenhäuser, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie diese von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor, einen anderen Arzt und insbesondere die PVS), wenn Sie schriftlich eingewilligt haben.

### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Ihre Daten werden von mir teilweise handschriftlich in Ihrer Patientenakte und teilweise per PC-Dokument gespeichert. Ich Sorge für die entsprechende Datensicherheit nach den gesetzlichen Vorgaben.

**Dr. Heribert Moorkamp**

Reichenberger Straße 38, 53604 Bad Honnef, Tel. 02224/1222104  
h.moorkamp@dr-moorkamp.de  
https://dr-moorkamp.de

**5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

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.

**6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

**a) Schweigepflichtentbindung gegenüber Steuerbüro und Finanzamt**

**Ausschließlich von mir selbst ausgestellte Rechnungen** und Ihre Zahlungen werden zur steuerlichen Abrechnung mit dem Finanzamt von einem Steuerberatungsbüro bearbeitet. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass die zur Bearbeitung notwendigen Daten in jedem Fall an das Steuerberatungsbüro Barbara Lenze-Rieck und im Falle einer Steuerprüfung an das Finanzamt weitergeleitet werden dürfen.

**(Bitte ankreuzen, falls zutreffend)** Ich bin damit einverstanden, dass die in den von **Dr. Moorkamp erstellten Rechnungen** und Überweisungen vorkommenden Angaben an das Steuerberatungsbüro – und im Falle einer Steuerprüfung – auch an das Finanzamt weitergeleitet werden.

**b) E-Mail-Verkehr**

Ich weise ich Sie darauf hin, dass es mir beim E-Mail-Verkehr nicht möglich ist, für die vollständige Datensicherheit zu garantieren. Alternativ sind Telefonate möglich.

**(Bitte ankreuzen, falls gewünscht)** Hiermit erkläre ich mich bereit, kurze Mitteilungen per E-Mail vorzunehmen, selbst wenn diese nicht auf verschlüsseltem Wege erfolgt.

**7. 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 des/der für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1b entnehmen.

**8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

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

**Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen. Ich willige in die oben beschriebene Form der Datenverarbeitung ein.**

Bad Honnef, .....

..... Unterschrift Patient