

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bittet **Dr. Algallab** um folgende

Angaben: * Pflichtfeld

Name*: Vorname*: geb.*:

Straße* Plz. /Ort*:

Tel.-Nr.*: Beruf:

Hausarzt*: Krankenkassen*:

E-Mailadresse:

NUR wenn Sie mit Ermittlung Ihrer Befunde per E-Mail einverstanden sind

1) **Vorstellungsgrund***: (zusammenfassend)

.....

.....

.....

2) **Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?*** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Asthma
- ☐ Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Defibrillator)
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ☐ Gelbsucht, Leberkrankheiten
- ☐ Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- ☐ Ohnmacht- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- ☐ HIV-positiv
- ☐

3) **Bestehen zurzeit andere akute Erkrankungen, welche?***

.....

4) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? Liegt ein **aktueller Medikamentenplan** vor?*

.....

5) Müssen oder mussten Sie **blutverdünnende Medikamente** in Tabletten- oder Spritzenform

nehmen, welche?*

6) **Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?* Ja () Nein () Ungewiss ()

7) **Gewicht:** Kg. **Größe:** cm. **Raucher:** Ja / Nein

8) **Bekannte Allergien***:

Hiermit stimme ich **die Therapieübernahme durch Dr. Algallab** sowie allen medizinisch angezeigten Blutentnahmen, Infusionen oder Injektionen zu. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten zwecks der Durchführung von Diagnostiken, Therapien oder Abrechnungen einverstanden, diese kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Ab 01.01.2024 heben wir ein Honorarausfallgebühr iHv.10-20 Euro symbolisch ab. Terminabsage hat zeitgerecht, schriftlich (per SMS oder E-Mail) und begründet zu erfolgen. Bei wiederholter Terminversäumung ist die weitere Betreuung nicht mehr gewährleistet.

Datum*: Unterschrift*:

PATIENTENINFORMATION ZU DATENVERARBEITUNG & Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich stehe als Arzt unter dem ärztlichen Eid und der ärztlichen Schweigepflicht, dies gilt gemäß der beruflichen Schweigepflicht und der vertraglichen Vereinbarung ebenso für mein Personal. Der Schutz Ihrer Person und Ihrer Daten als Patient bei uns ist sowohl ethisch als auch rechtlich von großer Bedeutung.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir hinzu verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis: **iUROLOGIA – Dr. Musa Algallab**

Adresse: **Lübsche Straße 148, 23966- Wismar**

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.

3. DIE PERSONENBEZOGENEN DATEN

Diese beinhalten die Stammdaten wie Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Kontaktdaten (Adressen, ggf. E-Mail -Adresse, ggf. Telefonnummer), Beruf, Krankenversicherung – Daten wie Versicherungsnummer, Kostenträger und seine Stammdaten, und Hausarzt bzw. Hausärztin.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, medizinische Maßnahmen, Therapievorschlüsse und Befunde aller Arten (z.B. laborchemisch, radiologisch, sonografisch), die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

4. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten/ Labor MVZ Westmecklenburg / Pathologie Schwerin/ Apotheken/ Hilfsmittelanbieter/ Kassenärztliche Vereinigungen/ Krankenkassen/ der Medizinische Dienst der Krankenversicherung/ Krebsregister MV/ Gesundheitsämter/ Berufsgenossenschaft/ Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen (ALG) / Steuerbüro sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihre Gesundheitsdaten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. SONSTIGES

Eine Inanspruchnahme von KI -Technologien und eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling finden nicht statt.

Die Übermittlung Ihrer Daten von der Arztpraxis aus an einem Drittensstaat findet nicht statt.

6. 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 benötigen wir 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 der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern

Schloss Schwerin

Lennestraße 1

19053 Schwerin

info@datenschutz-mv.de

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h der DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Frage, Anliegen oder Bemerkung haben, können Sie sich gern an uns schriftlich wenden, wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung.

Ihr Praxisteam