



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a) und Art. 9 Absatz 2 lit a) Datenschutz-Grundverordnung / § 73 Abs. 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden gebeten, durch **Ankreuzen** und **Unterschrift** Ihre Einwilligung zu erteilen, dass

- alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an unsere privatärztliche Verrechnungsstelle, die PVS, weitergeleitet und die Rechnungsforderungen außerdem an die PVS zum Einzug abgetreten werden.
- Ihre erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden (Haus-)Ärzte, die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Bestrahlung, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen sowie an sonstige hinzugezogene Leistungserbringer wie z. B. Hilfsmittelversorger und Apotheken weitergegeben werden. Sie entbinden Ihren behandelnden Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ihr behandelnder Arzt bei Ihrem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für Ihre Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der vom behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistung verarbeitet und nutzt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, unter bestimmten Voraussetzungen auf Löschung und ggf. Berichtigung unrichtiger Daten. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte unserer Patienteninformation zum Datenschutz, die Sie in der Praxis einsehen oder sich aushändigen lassen können.

Die Abgabe der Einwilligung ist freiwillig. Die Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufbar.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung.

---

Nachname/Vorname (Patient/in)

---

Geburtsdatum (Patient/in)

---

Ggf. Nachname/Vorname (gesetzlicher Vertreter / bei Minderjährigen beide Elternteile)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)

**Urologisches Zentrum Lübeck Partnerschaftsgesellschaft** Kronsforder Allee 69 • 23560 Lübeck

Zertifizierung nach ISO 9001 : 2015 • Mitglied im NOZ Netzwerk Onkologischer Zentren e.V. in Schleswig-Holstein  
Berufsausübungsgemeinschaft: Dr. med. Christoph Durek, Dr. med. Martin Frambach, Dr. med. Stephan Thomas, Maher Babakerd, PD Dr. med. habil. Claudius Füllhase, Dr. med. Markus Schäfer • Steuernummer: 22/222/68104 • Amtsgericht Kiel • Partnerschaftsregister Nr. 755 KI



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir 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:

Praxisname: UZL Urologisches Zentrum Lübeck Adresse: Kronsforder Allee 69, 23560 Lübeck

Kontaktdaten: Tel. 0451 – 317 04 35-0, Fax: 0451 – 317 04 35-20, E-Mail: info@uz-luebeck.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Inga Giesfeldt Anschrift: Kronsforder Allee 69, 23560 Lübeck Kontaktdaten: giesfeldt@uz-luebeck.de

### 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. Der § 630f BGB schreibt die Führung einer Patientenakte ausdrücklich vor. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, 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.

### 3. 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, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke 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 berechtigte Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten 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. 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 zu. In einigen Fällen haben Sie das Recht des Widerspruchs gegen die Verarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung ist immer freiwillig und Sie haben 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:

Name: Unabhängiges Landeszentrum Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD)

Anschrift: Holstenstraße 98, 24103 Kiel

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sofern Sie in einzelne Formen der Verarbeitung eingewilligt haben, ist die Rechtsgrundlage der Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO. In wieder anderen Fällen sind wir durch Gesetze, beispielsweise durch das Sozialgesetzbuch 5 verpflichtet, Ihre Daten zu verarbeiten. Soweit eine Abrechnung durch die PVS erfolgt, erhalten Sie zur Steigerung der Transparenz weitere Informationen durch die Praxis, die auch im Internet unter [www.pvs-se.de/transparenz](http://www.pvs-se.de/transparenz) abrufbar sind.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

**Urologisches Zentrum Lübeck Partnerschaftsgesellschaft** Kronsforder Allee 69 • 23560 Lübeck

Zertifizierung nach ISO 9001 : 2015 • Mitglied im NOZ Netzwerk Onkologischer Zentren e.V. in Schleswig-Holstein

Berufsausübungsgemeinschaft: Dr. med. Christoph Durek, Dr. med. Martin Frambach, Dr. med. Stephan Thomas, Maher Babakerd,

PD Dr. med. habil. Claudius Füllhase, Dr. med. Markus Schäfer • Steuernummer: 22/222/68104 • Amtsgericht Kiel • Partnerschaftsregister Nr. 755 KI