



Pflichtinformation gemäß Art.12 ff DS-GVO

Kontaktdaten des Verantwortlichen:

H.-J. Graeber, Frauenarzt.
Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe
info@ivf-programm.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Dr. rer.nat. F. Tetens
Waldstr.2, 76133 Karlsruhe
labor@ivf-programm.de

Woher beziehen wir Ihre persönlichen Daten:

Die Erhebung Ihrer Daten findet grundsätzlich bei Ihnen selbst statt. Die Verarbeitung der von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) ist zur Erfüllung der Pflichten, die sich aus dem mit uns geschlossenen Behandlungsvertrag ergeben, notwendig. Zusätzlich erhalten wir Daten über die von Ihnen zur Verfügung gestellte elektronische Gesundheitskarte bzw. PKV-Karte und durch die von Ihnen zur Verfügung gestellten Vorbefunde bzw. Überweisungsscheine. Dies ist gesetzlich vorgeschrieben und auch für Ihre Behandlung erforderlich. Soweit Sie behandelt werden möchten, besteht eine Mitwirkungspflicht Ihrerseits. Soweit notwendige Daten nicht zur Verfügung gestellt werden, kann dies dazu führen, dass eine Behandlung nicht möglich ist.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte bzw. erheben solche Daten von / über Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerungen (z.B. Recallsystem) oder die Abrechnung über Privatärztliche Verrechnungsstellen, SCHUFA-Auskunft o.ä.

Weiterhin verarbeiten wir ggf. personenbezogene Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen z.B. Internetauftritt, Telefonverzeichnis u.a., die wir im Rahmen des gesetzlich Zulässigen und nur zu dem jeweiligen Vertragszweck nutzen.

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten und sonstigen med. Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten übermitteln müssen oder von dort erhalten. Dazu gehören beispielsweise Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte, Histologie) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten werden im Einklang mit den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verarbeitet. Erhoben werden die Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder aufgrund Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs.1 lit. a) DSGVO.

Eine Übersicht der zugrundeliegenden Rechtsvorschriften kann dem Anhang entnommen werden.

Wer erhält die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten:

Innerhalb unserer Praxis erhalten diejenigen Bereiche Zugriff auf die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen und die zur Verarbeitung dieser Daten berechtigt sind

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Beihilfestellen, Sozialversicherungsträger, Behörden wie z.B. dem Regierungspräsidium Karlsruhe als Aufsichtsbehörde, Ärztekammern, Deutsches IVF-Register (DIR).

Als Berufsgeheimnisträger sind wir verpflichtet die berufsrechtliche Verschwiegenheit (Arztgeheimnis) einzuhalten und umzusetzen. Weitere Empfänger bzw. aus anderen Gründen erhalten die von Ihnen überlassenen Daten nur auf Ihren Wunsch hin, wenn Sie uns von der berufsrechtlichen Verschwiegenheit entbinden.

Im Rahmen unserer Leistungserbringung beauftragen wir Auftragsverarbeiter, die zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten beitragen z.B. Labore, EDV-Partner, Rechenzentrumsdienstleister, Aktenvernichter, etc. Diese Auftragsverarbeiter werden von uns vertraglich zur Einhaltung der Vorgaben des DS-GVO und des BDSG verpflichtet.

Ihre Rechte gegenüber uns

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu:

- Eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob wir sie betreffende Daten verarbeiten und wenn dies der Fall ist, Auskunft über die

- Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
 - unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
 - unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
 - Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
 - Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.
- Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Aufbewahrung und Löschung von Daten

Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht, siehe Anhang.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0

FAX: 0711/615541-15

E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Stand Mai 2018. Wir behalten uns vor, diese Pflichtinformation aktuell anzupassen.

Anhang:

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
 - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

Voraussichtliche Fristen der uns treffenden Aufbewahrungspflichten und unserer berechtigten Interessen:

Unsere Praxis betreffende Aufbewahrungsfristen für ärztliche Unterlagen (KV BaWü 2018)

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Durchschrift des Vierfachsatzes	1Jahr
Arztbriefe (eigene und fremde)	10Jahre
Befundmitteilungen	10Jahre
Betäubungsmittel BTM-Rezeptdurchschriften BTM-Karteikarten	3Jahre
EKG-Streifen/Langzeit-EKG Computerauswertungen (keine Tapes)	10Jahre
Früherkennungsunters. z.B. Krebsvorsorge/Durchschrift ärztl. Aufzeichnungen 10 Jahre Dokumentationen	5Jahre
Gutachten/Unfallunterlagen (über Patienten für KK, Vers. und BG)	10Jahre
Karteikarten und andere ärztliche Aufzeichnungen Einschl. gesonderter Untersuchungsbef.	10Jahre
Kontrollkarten Laborqualitätssicherung	5Jahre
Laborbefunde evtl. auch durch Eintrag in Kartei / PC	10 Jahre
Krankenkassenanfragen (Durchschläge)	10 Jahre
Notfall-/Vertreterschein (Muster 19a)	1Jahr
(Muster 19b)	10Jahre
(Muster 19c)	10Jahre
Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (ehemaliges Muster 80/81)	2Jahre
Sicherungskopien der erstellten Abrechnungen	4Jahre
Sonogr. Untersuchungen Aufzeichnungen, Fotos oder Disketten, Tapes, Prints	10Jahre
Stationäre Einweisung Durchschläge	10Jahre
Überweisungsscheine	1Jahr
Überweisungsscheine, quartalsübergreifend nach Ende der Behandlung	1Jahr
Verordnungen	10Jahre
Zertifikate von Ringversuchen (externe Qualitätssicherung)	5Jahre
Zytologische Präparate und Befunde im Rahmen der Krebsfrüherkennung	10Jahre
Unterlagen ART gem. Gewebegesetz	30Jahre

Grundsätze

Ärztliche Aufzeichnungen sind vom Arzt mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften eine abweichende Aufbewahrungszeit vorgeben. Weiterhin zu beachten ist, dass Dokumentationsunterlagen für einen erheblich längeren Zeitraum aufbewahrt werden sollten, falls es während der Behandlung zu Komplikationen kommt, für die der Arzt haftbar gemacht werden kann. In diesen Fällen sollten die Unterlagen generell bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungsfrist (30 Jahre) aufbewahrt werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes obliegt dem Arzt eine ordnungsgemäße Dokumentation seiner Tätigkeit und der Führung sowie Aufbewahrung von Krankenunterlagen. Unregelmäßigkeiten können in einem evtl. Haftpflichtprozess zu Nachteilen führen. Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann eine Krankenkasse innerhalb einer Ausschlussfrist von 4 Jahren nach Erhalt eines Honorarbescheids für die betreffende Abrechnung noch Korrekturen verlangen.

Zur Kenntnis genommen:

Vorname, Name, Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Patient /-in bzw. gesetzlicher Vertreter

Einwilligungserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Vorname, Name, Adresse

erkläre mich einverstanden, dass im Kinderwunschzentrum Karlsruhe, Praxis H.J. Graeber, Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über meine Rechte, insb. zum Widerspruch und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. **Optional:**

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit allg. Informationen und Terminerinnerungen einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Befunde (z.B. Labor oder Facharztberichte) per Post, Email oder Fax zugeschickt werden.

per Post an obige Adresse

per Email an: _____

Mir ist bewusst, dass die Übermittlung per Email ohne eine End-zu End-Verschlüsselung erfolgt, so dass eine absolute Datensicherheit nicht gewährleistet werden kann.

per Fax an: _____

Änderungen Ihrer Postadresse/Emailadresse/Faxnummer sind uns unverzüglich mitzuteilen! Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /-in bzw. gesetzlicher Vertreter

Arztbrief nach jedem Kontakt / Berichtspflicht nach EBM:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

- nahezu jeder Patient-Facharztkontakt muss dem Hausarzt vom Facharzt mitgeteilt werden, auch wenn der Hausarzt die Untersuchung oder Behandlung nicht veranlasst hat, in diese nicht eingebunden ist und das Wissen darüber für ihn keine Bedeutung hat. **Gibt der Versicherte allerdings keinen Hausarzt an oder ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs.1b SGB V nicht erteilt, entfällt die Mitteilungspflicht des Facharztes an den Hausarzt. Ist ein Vertragsarzt ausschließlich auf Überweisung tätig (§13 Abs. 4 BMV-Ä), so ist die Berichterstattung keine Abrechnungsvoraussetzung.**
- Es ist mir bekannt, daß ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bitte treffen Sie deshalb Ihre Entscheidung:

Ich wünsche keinen Bericht an den Hausarzt ohne extra Einwilligung durch mich oder ggf. durch beide Partner.

Ich wünsche immer einen Bericht an den Hausarzt (Bitte vollständige Anschrift des Hausarztes mit Arztbezeichnung, Titel, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, ggf. Telefax, ggf. e-mail)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /-in bzw. gesetzlicher Vertreter

Abrechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle. Bonitätsauskunft.

(dgpar GmbH, Bernauer Str. 21,
83209 Prien am Chiemsee)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die gesetzlichen Regelungen sehen einen umfassenden Schutz Ihrer personenbezogenen Daten vor, dem wir vollumfänglich gerecht werden wollen. Für Ihre Behandlung und deren Abrechnung ist Kommunikation mit Ihrer Krankenkasse, weiteren beteiligten Ärzten und unserer Abrechnungsstelle DGPAR GmbH erforderlich, von welcher Sie die Liquidation unserer privatärztlich erbrachten Leistungen erhalten. Daher erfolgte hiermit

Aufklärung zum Datenschutz und Einverständnis zur Datenweitergabe

Name und Anschrift des Patienten

Soweit abweichend: Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger und dessen Anschrift

E-Mail (Mir ist bewusst, dass die Übermittlung per Email ohne eine End-zu-End-Verschlüsselung erfolgt, so dass eine absolute Datensicherheit nicht gewährleistet werden kann. _____

Telefon (Mir ist bewusst, dass die Kontaktaufnahme per Telefon ohne Rufnummernunterdrückung erfolgt, so dass eine Anrufrückverfolgung möglich ist. _____

Krankenversicherung bzw. Kostenträger: _____

A: Aufklärung des Arztes zur Datenverarbeitung

1. Der Arzt ist befugt, ihm anvertraute personenbezogene Daten zu erfassen, zu speichern und zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen. Es werden im Rahmen des Behandlungsauftrages die vollständigen Personalien, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum sowie Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus der Behandlung erhoben. Zweck dieser Datenerhebung liegt in der Identifikation des Patienten und um eine angemessene Behandlungsabwicklung gewährleisten zu können. Ferner dient sie dem Zweck der Korrespondenz, der Rechnungsstellung sowie zur Abwicklung von eventuellen Haftungsansprüchen bzw. der Geltendmachung etwaiger sonstiger Ansprüche. Die Speicherung und Verarbeitung erfolgt somit ausschließlich zum Zweck der Behandlungsabwicklung. Die Weitergabe derartiger Daten für Werbezwecke ist ausgeschlossen.
2. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Anfrage des Patienten hin und ist nach Art 6 Abs. 1 S 1b DSGVO zu den genannten Zwecken erforderlich. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (u.a. aus HGB, StGB oder AO) gespeichert und danach gelöscht, es sei denn seitens des Patienten wurde in eine darüberhinausgehende Speicherung nach Art 6 Abs. 1 S 1a DSGVO eingewilligt.
3. Eine Übermittlung der persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Nur soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1b DSGVO für die Abwicklung erforderlich ist, werden personenbezogene Daten an Dritte weitergegeben. Diese dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden. Im Übrigen erfolgt die Weitergabe und die Verarbeitung der Daten durch Dritte, etwa in Folge einer Abtretung und / oder zum Zwecke der Abrechnung und Beitreibung der Honorarforderung nur, soweit eine Einwilligung des Patienten vorliegt.
4. Der Arzt trifft alle verhältnismäßigen und zumutbaren Vorkehrungen gegen Verlust und Zugriffe unbefugter Dritter auf diese Daten und

passt die Vorkehrungen laufend dem jeweils bewährten Stand der Technik an.

5. Der Patient hat folgende Rechte:
 - Gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber dem Arzt zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden kann;
 - Gemäß Art 15 DSGVO Auskunft über die vom Arzt verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere kann Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft der Daten, sofern diese nicht von dem Arzt erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
 - Gemäß Art 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung der bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
 - Gemäß Art 17 DSGVO die Löschung der beim Arzt gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung, zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
 - Gemäß Art 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, der Patient aber deren Löschung ablehnt und die Daten nicht mehr benötigt werden, der Patient jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt oder der Patient gemäß Art 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat;
 - Gemäß Art. 20 DSGVO die personenbezogenen Daten, die dem Arzt vom Patienten bereitgestellt wurden, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
 - Gemäß Art 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel kann der Patient sich hierfür an die Aufsichtsbehörde seines üblichen Aufenthaltsorts oder des Sitzes des Arztes wenden.
6. Widerspruchsrecht: Sofern die personenbezogenen Daten des Patienten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs.1S1 f DSGVO verarbeitet werden, hat der Patient das Recht, gemäß Art 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus einer besonderen Situation des Patienten ergeben. Zur Geltendmachung des Widerspruchsrechts genügt eine schriftliche Mitteilung an den Arzt unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten.

Einverständniserklärung des Patienten

1. Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten, insbesondere mein Name, meine Anschrift, mein Geburtsdatum, sowie Behandlungskosten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus meiner Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des §203 Strafgesetzbuch (StGB) und des § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V zum Zwecke der
 - Pflege meiner Patientenkartei
 - Erfüllung des Behandlungsvertrags
 - Kontaktaufnahme mit mir z.B. für Terminvereinbarungen
 - Erstellen von Behandlungsberichten
 - Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder mit mir selbst
 - Mahnung und gerichtlicher Durchsetzung überfälliger Honorarforderungen

Durch meinen Arzt erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an

- Meine Krankenkasse, bei der ich versichert bin,
- Ebenfalls behandelnde Ärzte, an welche mich mein Arzt überweist oder welche in meine Behandlung nach meinem Willen einbezogen werden,
- Die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung GmbH (dgpar), **Bernauer Str. 21, 83209 Prien am Chiemsee** sowie deren Auftragsverarbeiter

Weitergegeben oder übermittelt und von diesen zum Zwecke der Abrechnung verarbeitet und genutzt werden.

2. Ich bin darauf hingewiesen worden, daß
 - 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 der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt oder erfüllt werden kann oder die Behandlung nicht abgerechnet werden kann.
 - Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
 - Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.
3. Im Falle eines Widerrufs ist dieser zu richten an meinen Arzt unter Verwendung der oben genannten Kontaktdaten. Meine Daten werden dann nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei meinem Arzt gelöscht. Der Arzt wird meinen Widerruf allen oben genannten Stellen weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.
4. Ich bin damit einverstanden, daß die Abrechnung meiner Behandlung durch die dgpar erfolgt und der Arzt Forderungen hieraus an die dgpar abtritt. Die dgpar darf die Forderung als Sicherheit zur eigenen Refinanzierung an die **A.B.S. Global Factoring AG** und die **Commerzbank AG** abtreten.
5. dgpar darf meine Daten erhalten, verarbeiten und nutzen und an Dritte weitergeben, soweit dies für die Abrechnung, Geltendmachung und Refinanzierung der Forderungen hieraus notwendig ist. dgpar darf Forderungen im eigenen Namen geltend machen und einziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen beauftragen sowie **Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien** einholen. Einwände gegen die Forderung sind im Streitfall gegenüber dgpar zu erheben. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann mein Arzt als Zeuge gehört werden.
6. Ich entbinde meinen Arzt insoweit von seiner gesetzlichen Schweigepflicht. Die dgpar und alle von ihr eingesetzten Personen und Dritten unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafandrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet.
7. Mein Einverständnis gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen, und solange dieses nicht widerrufen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /-in bzw. gesetzlicher Vertreter

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG ZUM ZWECK DER QUALITÄTSSICHERUNG DER
ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG BEI MAßNAHMEN DER KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG IM:**

KINDERWUNSCHZENTRUM KARLSRUHE, WALDSTR. 2, 76133 KARLSRUHE

Aufklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung

Zum Zweck der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist Ihr behandelnder Arzt berufsrechtlich verpflichtet, Auskünfte an die Landesärztekammer Baden-Wuerttemberg, Ärztekammer Schleswig-Holstein zu erteilen. Hierfür werden vom Kinderwunschzentrum Karlsruhe personenbezogene Daten an eine Datenannahmestelle der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin (AG QS Repromed) bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) übermittelt, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen.

Es handelt sich insbesondere um folgende Gesundheitsdaten: Medizinische Daten zur Indikation und zu einzelnen Schritten Ihrer Behandlung sowie ggf. zur nachfolgenden Schwangerschaft bzw. Geburt sowie zusätzlich weitere personenbezogene Daten wie Ihr Geburtsmonat und ggf. der Geburtsmonat Ihres Kindes. Der vollständige Datensatz kann eingesehen werden unter www.qsrepromed.de.

Dieser Datensatz wird pseudonymisiert übermittelt, d. h. er wird mit einer Patientenidentifikationsnummer versehen, die nur von dem behandelnden Zentrum Ihrer Person zugeordnet werden kann. Ihr Name, Ihr Vorname und Ihre Anschrift werden nicht übermittelt.

Die Daten werden in der Datenannahmestelle der AG QS Repromed ausgewertet und für die Dauer von fünf Jahren gespeichert. Die Auswertung der Qualitätssicherungsdaten eines Zentrums wird in zusammengefasster und anonymer Form dem Zentrum und der Landesärztekammer Baden-Wuerttemberg, Ärztekammer Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellt.

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass das Kinderwunschzentrum Karlsruhe Daten zum Zweck der Qualitätssicherung an die Datenannahmestelle der AG QS Repromed bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Es ist mir bekannt, dass

1. ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Kinderwunschzentrum Karlsruhe widerrufen kann,
2. mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.

Als personensorgeberechtigte/r Stellvertreter/in unseres Kindes willige ich zudem in die Übermittlung personenbezogener Daten unseres Kindes (z. B. des Geburtsmonats) ein.

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

Datum, Unterschrift der Patientin

Datum, Unterschrift des Patienten

Von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt auszufüllen, wenn (ggf. auch von nur einer/m Beteiligten) keine Einwilligung erteilt wird:

Der Patient bzw. die Patientin willigt nicht in die Übermittlung und Verarbeitung der oben genannten Daten ein.

ANSPRECHPARTNER DER AN DER DATENÜBERMITTLUNG BETEILIGTEN INSTITUTIONEN

Behandelndes Zentrum (Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DS-GVO)

Name der Einrichtung:	Kinderwunschzentrum Karlsruhe
Adresse:	Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe
Telefon:	(+49) 721 8246700
Fax:	---
E-Mail:	info@ivf-programm.de

Zuständige Ärztekammer

Name der Einrichtung:	Landesärztekammer Baden Wuerttemberg
Adresse:	Jahnstr. 40, 70597 Stuttgart
Telefon:	(+49) 711 76 989 0
Fax:	(+49) 711 76 989 82
E-Mail:	info@laek-bw.de

Datenannahmestelle der AG QS Repromed (Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DS-GVO)

Name der Einrichtung:	Ärztekammer Schleswig-Holstein
Adresse:	Bismarckallee 8 – 12, D-23795 Bad Segeberg
Telefon:	+49 4551 803-615
Fax:	+49 4551 803-601
E-Mail:	info@qsrepromed.de