

## Patientendaten bei Abstrichuntersuchung auf COVID-19

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer, unter der sie tagsüber erreichbar sind (bitte beachten Sie, dass wir dazu verpflichtet sind, diese an unser Labor weiter zu geben): \_\_\_\_\_

Aufgrund behördlicher Bestimmungen sind wir dazu verpflichtet, einige Angaben bezüglich der heute ausgeführten Abstrich-Untersuchungen zu erfassen. Deswegen möchten wir Sie bitten, uns die folgende Frage zu beantworten und unserer Mitarbeiterin die notwendigen Belege unaufgefordert vorzulegen. Vielen Dank.

### Warum lassen Sie einen Abstrich machen?

- Ich habe folgende Symptome, die auf eine mögliche COVID-19-Erkrankung hinweisen:  
\_\_\_\_\_
- Meine Corona-Warn-App zeigt ein „erhöhtes Risiko“ an (bitte unaufgefordert vorzeigen)
- Ich war in den letzten 10 Tagen in folgendem Gebiet im Ausland: \_\_\_\_\_  
Dieses ist laut RKI ein Risikogebiet  ja (bitte Selbsterklärung im Anhang ausfüllen)
- An meinem folgenden Reiseziel der nächsten Tage wird ein negativer Corona-Test verlangt, damit ich einreisen darf (bitte unaufgefordert Nachweise vorlegen und Selbsterklärung im Anhang ausfüllen): \_\_\_\_\_
- Ich bin / werde bald in einer der folgenden Einrichtungen **untergebracht** (bitte Nachweis vorlegen):
  - medizinische Einrichtungen (ambulant/stationär, z. B. Rehaeinrichtungen)
  - Pflege- und andere Wohneinrichtungen (z. B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)
  - Sonstige Einrichtungen (z. B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)
- Ich bin / werde bald in einer der folgenden Einrichtungen **tätig** (bitte Berechtigungsschein vom Arbeitgeber vorlegen):
  - medizinische Einrichtungen (ambulant/stationär, z. B. Rettungsdienste, Rehaeinrichtungen)
  - Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. KITAS, Schulen – im Zeitraum 26.10. – 22.12.2020 max. 3 Testungen)
  - Pflege- und andere Wohneinrichtungen (z. B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)
  - Sonstige Einrichtungen (z. B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)
- Keine der oben genannten Optionen trifft zu, ich bin damit einverstanden, den Abstrich selbst zu bezahlen. Mir ist bewusst, dass mir dafür knapp 130 Euro in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Dr. med. Ralf Bensberg  
Dr. med. Hans-Jürgen Brauer  
Dr. med. Christiane Cloos-Arens

### Selbsterklärung über Reisetätigkeiten

Hiermit erkläre ich,

dass meine Einreise aus dem folgenden Risikogebiet (nach offizieller Einschätzung des RKI) nicht länger als 10 Tage zurück liegt: \_\_\_\_\_.

dass ich bei der Einreise in folgendes Gebiet einen negativen Covid-19-Test vorlegen muss: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort. \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Datenschutzhinweise für unsere Patienten

### Unser Umgang mit ihren Daten und ihre Rechte (Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO)

Lieber Patient, liebe Patientin,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns schon immer sehr wichtig gewesen. Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten durch uns und die ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte geben. Grundsätzlich verarbeiten wir nur Informationen, die im Einzelnen auch wirklich benötigt werden. Welche Daten im Einzelnen verarbeitet und in welcher Weise genutzt werden, richtet sich maßgeblich nach den jeweils von ihnen beantragten bzw. mit Ihnen vereinbarten Dienstleistungen.

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle ist:

Internisten Werden | Heidhausen

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Manuel Dichmann, Dr. med. Rainer Kirchhof

Grafenstraße 2-4, 45239 Essen Werden, Tel.: 0201 / 499 11, [info@internisten-werden.de](mailto:info@internisten-werden.de)

### Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten von Ihnen wie Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum und natürlich insbesondere Gesundheitsdaten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung von Ihnen oder ggf. Ihren Überweisern erhalten. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unseren Ärzten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Beispiele für eine Verarbeitung durch uns wären Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse (inklusive Ihrer Medikation) und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben, Krankenkasseninformationen oder ähnliches. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

### Wofür verarbeiten wir ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

- **Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO)**

Die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 4 Nr. 2 DS-GVO) erfolgt zur Erfüllung unseres Behandlungsauftrages. Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich folglich in erster Linie nach dem erteilten Auftrag. Die Erhebung dieser Daten ist also Voraussetzung für Ihre Behandlung.

Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir könnten Sie nicht bedarfsgerecht behandeln.

### Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (gem. Art. 6 Abs.1 lit. c DS-GVO) oder im öffentlichen Interesse (gem. Art. 6 Abs.1 Lit. e DSGVO)

Die Zwecke der Datenverarbeitung ergeben sich aus gesetzlichen Vorgaben oder liegen im öffentlichen Interesse (z. B. Einhaltung von Aufbewahrungspflichten, Nachweis der Einhaltung von Hinweis- und Informationspflichten, Dokumentationen etc.).

### Im Rahmen der Interessensabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO)

Soweit erforderlich, verarbeiten wir ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen);
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Namentlicher Aufruf unserer Patienten im Wartezimmer;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

### • Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, die noch nicht durch unser normales Behandlungsverhältnis mit Ihnen abgedeckt ist, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis ihrer erteilten Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

### Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb unserer Praxen erhalten diejenigen Stellen ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer Behandlungsleistungen und gesetzlichen Pflichten benötigen.

Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) oder Erfüllungsgehilfen können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht oder sind auf den Datenschutz verpflichtet. Es handelt sich um Unternehmen in den Kategorien IT-Dienstleistungen, Softwarehersteller, Leistungsabrechnung. Selbstverständlich übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, wir dies zur Erfüllung unseres Behandlungsauftrages mit Ihnen benötigen oder Sie eingewilligt haben.

Nach gesetzlichen Maßgaben sind wir zur Übermittlung von ausgewählten Daten, u. a. an gesetzliche Krankenkassen, Verrechnungsstellen, das Versorgungsamt, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften oder die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet.

Sofern diese für Ihre Mitbehandlung erforderlich sind, können Labore, Krankenhäuser oder andere (Fach-) Ärzte, sowie Physio- oder Ergotherapeuten Daten erhalten. Zum Beispiel können Krankenhäuser von uns Befunde erhalten, die für eine Weiterbehandlung oder eine Vorbereitung auf eine Operation dort wichtig sind.

Für Patienten, die in Pflegeheimen leben, bzw. von Pflegediensten betreut werden und daher häuslich behandelt werden und daher die Unterlagen nicht selbst abholen können, werden Rezepte direkt an Sanitätshäuser, sowie Apotheken versandt. Diese übernehmen dann die Zustellung.

Zur Verbesserung Ihres Behandlungserfolges können Sie auf freiwilliger Basis, z. B. im Falle bestimmter chronischer Krankheiten einer Übermittlung Ihrer Daten an Dritte für statistische Auswertungen zustimmen.

Schließlich können weitere Datenempfänger diejenigen Stellen sein, für die Sie uns eine Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben, bzw. für die Sie uns von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden haben (z. B. Anfragen von Versicherungen) oder an die wir aufgrund der Interessensabwägung befugt sind, personenbezogene Daten zu übermitteln.

### Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unseres Behandlungsverhältnisses. 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 Sonografien oder Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Eine Daten Übermittlung in Drittstaaten (Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums - EWR) findet nur statt, soweit dies zur Ausführung ihrer Aufträge oder zur administrativen Erfüllung unserer Dienstleistung erforderlich, gesetzlich vorgeschrieben ist oder Sie uns ihre Einwilligung erteilt haben.

### Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person (Patient) hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DS-GVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (An.77 DS-GVO i.V.m. § 19 BDSG).

Zusätzlich informieren können Sie sich hier: <https://www.bfdi.bund.de>

Eine Liste der deutschen Aufsichtsbehörden des nicht-öffentlichen Bereiches finden Sie hier: [https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/AufsBehoerdFuerDenNichtOeffBereich/AufsichtsbehoerdenNichtOeffBereich\\_liste.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/AufsBehoerdFuerDenNichtOeffBereich/AufsichtsbehoerdenNichtOeffBereich_liste.html)

### Wer ist unsere Datenschutzbeauftragte?

Katharina Milano, Julius-Bangert-Straße 63, 58256 Ennepetal, Tel.: 0234 / 369 18 88,  
E-Mail: [datenschutz@internistenwerden.de](mailto:datenschutz@internistenwerden.de)

### Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unseres Behandlungsvertrages müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Behandlung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel nicht dazu in der Lage sein, eine Behandlung zu beginnen oder zu beenden.

Insbesondere die Bereitstellung von Daten zu Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung ist erforderlich, um Ihnen eine Behandlung im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungsumfangs zu ermöglichen. Sollten Sie uns die notwendigen Informationen und Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, dürfen wir eine Leistungsabrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durchführen und müssen die erbrachte Leistung nach Maßgabe privatärztlicher Leistungen abrechnen. Sofern Sie uns die notwendigen Informationen und Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, können wir die gewünschte Behandlung nicht aufnehmen oder fortsetzen.

### Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Wir nutzen grundsätzlich keine automatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DS-GVO.

### Inwieweit werden meine Daten für die Profilbildung (Scoring) genutzt?

Wir verarbeiten ihre Daten nicht automatisiert für Profiling.

### Information über ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der DS-GVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessensabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und an die unter „Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?“ genannte Stelle gerichtet werden. Wir behalten uns das Recht vor, unsere Datenschutzerklärungen zu ändern, falls dies aufgrund neuer Datenverarbeitungstätigkeiten durch uns, neuer Technologien oder gesetzlichen Anforderungen notwendig sein sollte. Bitte stellen Sie sicher, dass Ihnen die aktuellste Version vorliegt.

Letzte Änderung: 30.08.2018

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von  
Behandlungsdaten und Befunden (§ 73 Abs. 1 lit. b SGB V),  
Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Mitbehandlern (§ 203 StGB)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Internisten Werden | Heidhausen Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die bspw. meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten, einem Krankenhaus oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin oder war, vorliegen, wenn es meiner Behandlung dient. Nur in diesem Rahmen entbinde ich diese Personen von ihrer Schweigepflicht. Die Praxis Internisten Werden | Heidhausen darf diese Informationen nur zur Dokumentation und zu meiner weiteren Behandlung verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis Behandlungsdaten und Befunde, die in der Praxis erhoben wurden, meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem Krankenhaus, bei dem ich in Behandlung bin oder war, oder einem anderen Leistungserbringer, übermittelt, wenn es meiner Behandlung dienlich ist. Nur in diesem Rahmen entbinde ich die Praxis bzw. die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde auch an folgende Person(en) aushändigt bzw. weiterleitet, die sich der Praxis gegenüber eindeutig identifiziert haben:
- Meinen Ehegatten                      Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Mein(e) Kind(er)                      Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Mein(e) Schwiegerkind(er)              Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Pflegedienst /-personal              Nähere Bezeichnung: \_\_\_\_\_
- Sonstige                                  Nähere Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann und dass der Widerruf dann für die Zukunft wirkt, ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (ggf. Vertreter)