

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, sich in einer unserer
Facharztpraxen behandeln zu lassen. Für die Übernahme ihrer Behandlung,
benötigen wir eine Überweisung für:

- ✓ **„Neurochirurgie“** für die Praxis von Dr. med. Mark Klingenhöfer oder
MU Dr. Martin Vazan
- ✓ **„Spezielle Schmerztherapie oder Physikalische und Rehabilitative
Medizin“** für die Praxis von Dr. med. Christian Schmidt

Bringen Sie zu Ihrem Termin folgende Unterlagen mit:

- ✓ **Alle CDs oder Codes** der radiologischen Bilder (Röntgen, CT, MRT)
- ✓ **Medizinische Befunde** (z.B. Neurologie, Kardiologie,
Entlassungsbriefe, OP-Berichte, Reha)
- ✓ **Aktueller Medikamentenplan**

Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, bitten wir um eine Absage über
E Mail oder telefonisch.

Damit wir Sie individuell beraten und behandeln können, benötigen wir Ihre
aktive Unterstützung. Wir benötigen im Vorfeld ihrer Behandlung, den
„Deutschen Schmerzfragebogen“ und für den Besuch der
neurochirurgischen Praxen zusätzlich den **„Patientenfragebogen WRZ-
DD“**.

Ihr

Team der Praxisgemeinschaft WRZ-DD

Einwilligung in die ärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrem Besuch willigen Sie in die Abfrage und Speicherung Ihrer medizinischen und sozialen Daten sowie in die manuelle Untersuchung ein. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, ist es uns leider nicht möglich Sie zu behandeln.

Wir möchten Sie bitten die folgende **„Patienteninformation zum Datenschutz“** zur Kenntnis zu nehmen und uns diese zu **bestätigen**.

Unsere Einrichtungen sind reine Bestellpraxen. Die für Sie eingeplante Zeit kann somit nicht anderweitig genutzt werden. Wir behalten uns deshalb vor, Ihnen einen pauschalen Schadensersatz von 50,- € in Rechnung zu stellen, falls Sie ohne Entschuldigung nicht zum Termin erscheinen. Die Zahlung für den Ausfall der Behandlung wird nicht von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet.

Wir bieten Ihnen ggf. Therapiemaßnahmen an, die nur zum Teil oder nicht von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen werden. Bei der Inanspruchnahme erhalten Sie eine persönliche Kostenrechnung nach der geltenden „Gebührenordnung der Ärzte, GOÄ“ von der „PVS Sachsen“.

Beispiele:

- Biomechanische Stimulation (BMS)
- Neuraltherapie und Akupunktur
- Botox-Therapie
- Stoßwellentherapie
- Kinesio-Tape und Schröpfen
- Kairos

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 Praxisgemeinschaft Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortliche Person: Dr. med. Mark Klingenhöfer
Praxisgemeinschaft WRZ-DD
Borsbergstraße 44 / 01309 Dresden
Telefon: 0351 48488488 / E Mail: datenschutz@wrz-dd.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. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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.

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, 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:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1 / 01067 Dresden
Telefon: 0351 4935401 / E Mail: saechs@stl.sachsen.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Datum:

Zur Kenntnis genommen; Vorname, Name, Unterschrift: