



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben sich in unserem Facharztzentrum behandeln zu lassen. Damit wir Sie individuell beraten und behandeln können, benötigen wir Ihre aktive Unterstützung. Für die Übernahme Ihrer Behandlung, benötigen wir eine Überweisung für:

- ✓ „**Neurochirurgie**“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer/MU Dr. Martin Vazan) oder
- ✓ „**interventionelle Schmerztherapie**“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer/MU Dr. Martin Vazan)
  
- ✓ „**Spezielle Schmerztherapie**“ (Dr. med. Christian Schmidt) oder
- ✓ „**Physikalische und Rehabilitative Medizin**“ (Dr. med. Christian Schmidt)

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin in unserer Praxis alle persönlichen Krankheitsunterlagen mit. Hierzu zählen insbesondere:

- ✓ **Alle CDs** mit Röntgen-, Computertomographie- (CT) und Kernspintomographie- (MRT) Bildern
- ✓ **Medizinische Befunde** (z. B. Neurologie, Kardiologie, Entlassungsbriefe, OP-Berichte, Reha)
- ✓ **Aktueller Medikamentenplan**

Ihre Behandlung in unserer Praxis beinhaltet Maßnahmen der Befunderhebung und Therapieformen, die Ihrer Einwilligung bedürfen. Bitte lesen Sie hierzu die folgende Aufklärung genau durch.

- ✓ **Einwilligung in die ärztliche Behandlung**

Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, bitten wir um eine Absage unter:

Dr. med. Mark Klingenhöfer: Tel. 0351/48488488 oder E-Mail [Praxis.Klingenhoefer@WRZ-DD.de](mailto:Praxis.Klingenhoefer@WRZ-DD.de)

MU Dr. Martin Vazan: Tel. 0351/48521477 oder E-Mail [Praxis.Vazan@WRZ-DD.de](mailto:Praxis.Vazan@WRZ-DD.de)

Dr. med. Christian Schmidt Tel. 0351/48488490 oder E-Mail [Praxis.Schmidt@WRZ-DD.de](mailto:Praxis.Schmidt@WRZ-DD.de)

Um Ihren Beschwerden gerecht zu werden, benötigen wir im Vorfeld der persönlichen Behandlung einen breiten Überblick. Wir verwenden hierzu den „**Patientenfragebogen WRZ-DD und den Deutschen Schmerzfragebogen**“. Wir bitten Sie, die Bögen vollständig auszufüllen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen in unsere Praxisgemeinschaft und stehen Ihnen für Fragen oder bei einer ggf. notwendigen Hilfe beim Ausfüllen der Bögen zur Verfügung!

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 „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ zur Kenntnis zu nehmen und uns dies zu **bestätigen**.

Unsere Einrichtung ist eine reine Bestellpraxis. Die für Sie eingeplante Zeit kann somit nicht anderweitig genutzt werden. Wir behalten uns deshalb vor, Ihnen einen pauschalen Schadensersatz wegen der entgangenen Einnahme der Praxis von 50,- € in Rechnung zu stellen, wenn Sie ohne Entschuldigung (z. B. telefonisch – auch Anrufbeantworter, schriftlich – E-Mail/Kontaktformular über Homepage [www.WRZ-DD.de](http://www.WRZ-DD.de), persönlich, ...) nicht zum Termin erscheinen. Die Zahlung für den Ausfall der Behandlung wird nicht von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet.

Neben der Beratung bieten wir ggf. auch Therapiemaßnahmen an. Diese Leistungen werden nur zum Teil von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen. Sollten wir Ihnen Maßnahmen empfehlen, deren Kosten nicht von den Kassen getragen werden, erhalten Sie eine persönliche Kostenrechnung nach der geltenden „Gebührenordnung der Ärzte, GOÄ“.

Unser Leistungsspektrum:

- Manuelle Therapie/Chirotherapie/McKenzie
- Elektro- und Wärmetherapie „StimaWell“
- Biomechanische Stimulation (BMS)
- Akupunktur und Neuraltherapie
- Botox-Therapie
- Stoßwellentherapie
- Kinesio-Tape
- Röntgengestützte interventionelle Schmerztherapie
- gepulste Radiofrequenzablation
- Radiofrequenzdenervation
- PENS „Perkutane elektrische Nervenstimulation“
- Kairos

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung!

Ihr

Team der Praxisgemeinschaft WRZ-DD



---

## 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, Therapievorschlüsse 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: post@sdtb.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.

### Wichtiger Hinweis zur elektronischen Patientenakte

Mir ist bekannt, dass meine Praxisdaten sensible Informationen enthalten können.

Ich wünsche keine Speicherung meiner Daten in der elektronischen Patientenakte.

Ich wünsche die Speicherung meiner Daten in der elektronischen Patientenakte.

Datum:

Unterschrift:

---

---