

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Kliniken St. Lukas GmbH, Nibelungenstraße 49, 94086 Bad Griesbach, als Träger der Privatklinik ViaNova

Ich, _____ [Vorname, Name Patient*in],
geboren am _____ [Geburtsdatum],
wohnhaft in: _____ [Anschrift]

bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Datenschutzhinweise der Klinik erhalten, gelesen und verstanden habe. Ich wurde darüber informiert, mich im Falle weiterer Fragen jederzeit an die Klinik zu wenden. Der Datenschutzbeauftragte gibt gerne Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten und den Datenschutz in unserem Haus.

Ich wurde darüber informiert, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten gem. den gesetzlichen Richtlinien und Vorgaben über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an die entsprechenden Kostenträger/Stellen übermittelt werden. Welche Daten hierfür in Frage kommen habe ich aus den Datenschutzhinweisen entnommen.

Laut §30 Bundesmeldegesetz (BMG) ist die Klinik dazu verpflichtet, anwesende Patient*innen an die Kurverwaltung zu melden. Hierzu werden Personenstammdaten (Name, Adresse sowie An- und Abreisedatum) übermittelt.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Werden personenbezogene Daten verarbeitet, deren Verarbeitung keiner Rechtsgrundlage unterliegt und nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Ihrem geschlossenen Behandlungsvertrag steht bedarf es hier einer separaten schriftlichen Einwilligung.

Bei Notwendigkeit werden Sie vom zuständigen Mitarbeiter aufgeklärt und zur Einwilligung aufgefordert.

Einwilligung

Auskunft über Ihren Aufenthalt bei Anfragen von Familie, Bekannten, Freund*innen (Herausgabe der Zimmerdurchwahl, der Zimmernummer, Durchstellen von Anrufer*innen auf Ihr Zimmertelefon)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Sie meine Durchwahlnummer, Zimmernummer herausgeben, bzw. Anrufer zu meinem Zimmer durchstellen
☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass Sie Auskunft über mich erteilen.

Die Fachklinik St. Lukas übersendet gelegentlich Informationsschreiben zu relevanten Änderungen in der Klinik sowie jahreszeitliche Grüße an die Patient*innen.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, per Post Informationen zu erhalten.
☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, per Post Informationen zu erhalten.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten nach dem Datenschutzgesetz verarbeitet und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

Meine Einwilligung ist **freiwillig**. Ich kann sie **jederzeit** ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch **widerrufen**. Willige ich nicht in die Verarbeitung personenbezogener Daten ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass die stationäre Behandlung möglicherweise nicht oder nur teilweise durchgeführt werden kann. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Ich habe die ausführliche Patient*inneninformation zum Datenschutz erhalten, gelesen und die Inhalte verstanden.

Nächste Angehörige: _____

Adresse: _____

Tel./Handy: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass angegebene*r Angehörige*r im Notfall informiert werden darf!

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient*in)