

## Datenschutzerklärung

Sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Patientin,

die von uns von Ihnen erhobenen Daten benötigen wir zur Durchführung Ihrer Versorgung. Wir geben sie zur Abrechnung mit Ihrem Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen weiter. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte, zu anderen, als den zur Erfüllung des Versorgungsauftrages genannten Zwecken, findet nur im Rahmen Ihrer Einwilligung statt. Sobald der Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Ihnen stehen die **Betroffenenrechte gem. Art. 15-23 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** zu. Das bedeutet, dass Sie **Auskunft** über Ihre Daten ersuchen und ggf. eine **Berichtigung** verlangen können. Sie haben ein **Recht auf Löschung** sowie ein **Widerspruchsrecht** gegen die Verarbeitung. Ebenfalls steht Ihnen ein **Anspruch auf Einschränkung der Nutzung** und **Datenübertragbarkeit** zu. Sie können sich bei Ihrer **Aufsichtsbehörde beschweren**. Natürlich können Sie sich aber auch mit Ihrem Anliegen an uns wenden oder an unseren Datenschutzbeauftragten [DATENSCHUTZ@orthopoint-erlangen.de].

## Einwilligungserklärung

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

geb. am: \_\_\_\_\_

Vertreten durch (Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)): \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. sonstiger Kostenträger: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zu meiner Versorgung bzw. meiner sofortigen Hilfsmittelversorgung in der Arztpraxis oder Klinik (Notfallversorgung) die Datenübermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgen darf. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen meiner ausdrücklichen nachfolgenden schriftlichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zu meiner Datenweitergabe wurden mir mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

**Ich willige ausdrücklich in die Datenweitergabe meiner ärztlichen Verordnungen zum Zwecke meiner weitergehenden Versorgung an die jeweiligen Institutionen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages ein. Dazu entbinde ich alle meine Behandler von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht.**

☐ **Bei Bewegungsanalysen: Ich willige ausdrücklich und freiwillig ein, dass eine Datenweitergabe, zum Zwecke des eigenen Interesses, in Form von Videoaufzeichnungen zur Bewegungsanalyse, vollzogen werden darf.**

Mir ist bekannt,

☐ dass ich meine Einwilligung zur Datenweitergabe jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufener Einwilligung ist eine reibungslose Übergabe in die Folgeversorgung wahrscheinlich nicht möglich.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / -in, Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)