

Name(n) des/der Kindes/Kinder:

---



Geburtsdatum:

---

## Aufklärung über die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten finden die Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Anwendung.

Über die gesetzlich vorgesehenen Fälle der Datenverarbeitung gemäß Art. 6 DSGVO hinaus erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten nur, sofern Sie uns hierzu Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung erteilen. In unserer Praxis werden zum Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung sowie der Übermittlung von Terminen und Gesundheitsinformationen Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten i. S. v. Art. 4 Nr. 2 DSGVO verarbeitet. Dies schließt die Erhebung und Speicherung Ihrer Daten mit ein. Neben Personenstammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) erheben, speichern und verarbeiten wir insbesondere Gesundheitsdaten i. S. v. Art. 4 Nr. 15 DSGVO insbesondere in den Bereichen:

- Medizinische Anamnese und Diagnostik
- Medizinische Indikation und Behandlung
- Familiäre Vorerkrankungen
- Abrechnungsrelevante Merkmale

Weitere erforderliche Angaben nach Art. 13 DSGVO entnehmen Sie bitte den beigefügten „Patienteninformationen zum Datenschutz“.

### **Einwilligung zur Datenverarbeitung**

Ich,

---

(Name, Vorname/n der Eltern bzw. des/der Erziehungsberechtigten)

stimme der **Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung sowie der Übermittlung von Terminen und Gesundheitsinformationen** im zuvor angegebenen Umfang durch die Kieslich & Fröhlich - Kinderärzte, Berliner Str. 27, 16540 Hohen Neuendorf zu.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Gesundheitsdaten praxisintern allen zur Verschwiegenheit verpflichteten, ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen offenlegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Mir ist bewusst, dass Kieslich & Fröhlich - Kinderärzte die zuvor bezeichneten Daten und Gesundheitsdaten im Falle privatärztlicher Abrechnung an das Unternehmen Mediserv [Am Halberg 6, 66121 Saarbrücken] übermittelt und dass die Daten dort gemäß Art. 28 DSGVO verarbeitet werden.

- Ich erteile die Erlaubnis für den Erhalt von **unverschlüsselten Emails** zum Zweck der **Terminvergabe** oder Mitteilung von im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Informationen. Mir ist bewusst, dass trotz sorgsamer Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach Art. 32 DSGVO seitens Kieslich & Fröhlich – Kinderärzte bei der Kommunikation mittels E-Mail oder SMS die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei externen Kommunikationsanbietern nicht im Ermessen von Kieslich & Fröhlich – Kinderärzte steht. Mir ist bewusst, dass bei dieser Kommunikationsform u. a. mittelbare Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand möglich sind, etwa dahingehend, dass ich die Praxis aufgesucht habe.

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Kinderarztpraxis Kieslich & Fröhlich widerrufen kann;
- ein Widerruf dieser Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berühren (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO);
- bei nicht erteilter oder bei widerrufener Einwilligung keine (weitere) Behandlung in der Kinderarztpraxis Kieslich & Fröhlich erfolgen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

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

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

---

**Nur für Alt-Patienten/-Patientinnen von Herrn Dipl. med. Dietmar Hörster (zum 01.04.2024):**

Ich stimme hiermit ausdrücklich der weiteren Behandlung und Verwendung des gesamten Inhaltes meiner Patientenakte durch die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von Kieslich & Fröhlich - Kinderärzte zu.

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

---

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Vielen Dank,

**Ihr Praxisteam**