

## Checkliste für Aufnahmeformulare

### **Aufnahmeformulare:**

- Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- Keine Sorgeberechtigten erreichbar

### **§ 1631b BGB Antrag:**

- Nein
- Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- Ans Gericht gefaxt: Stellungnahme / Antrag
- Zur Unterschrift mitgegeben / zugefaxt / zugemailt
- an: Sorgeberechtigte / JA / Betreuer
- Keine Sorgeberechtigte erreichbar

### **Raucherlaubnis:**

- Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- Zur Unterschrift mitgegeben
- Keine Sorgeberechtigten erreichbar

### **Sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Behandlungsvertrag**

zwischen:

,	A-Nr.
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der LWL-Klinik über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB der LWL-Klinik und Zentren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster vom 01.07.1997 niedergelegten Bedingungen.

### **Hinweis:**

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist ganz bzw. teilweise als Selbstzahler / in zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet.

\_\_\_\_\_  
**1. Sorgeberechtigter**

\_\_\_\_\_  
**2. Sorgeberechtigter**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (Krankenhaus)**

### **Bestätigung**

Auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen vom 01.07.1997 bin ich hingewiesen worden. Ich habe sie zur Kenntnis genommen. Die Unterrichtung gem. § 14 BPfIV über die Höhe und den Umfang der Krankenhausleistungen ist erfolgt. Den Hinweis auf die Datenverarbeitung habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
**1. Sorgeberechtigter**

\_\_\_\_\_  
**2. Sorgeberechtigter**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (Krankenhaus)**

**Ich bin einziger Sorgeberechtigter:**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Sorgeberechtigten**

**Für den Fall, dass nur ein Sorgeberechtigter zugegen ist:**

**Ich handle im Einvernehmen mit dem zweiten Sorgeberechtigten, es handelt sich um:**

\_\_\_\_\_  
Adresse:

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten**

### **LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•  
BIC: WELADE3LXXX



## Einverständniserklärung

Als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund sind/bin wir/ich damit einverstanden, dass mein Kind/Mündel

,	A-Nr
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

**folgende Aktivitäten ausüben kann: (nicht Zutreffendes bitte streichen!)**

- Mit dem Fahrrad, Inline-Skates, Skateboard, Kett-Car o. Ä. auf dem Klinikgelände fahren.
- Mit dem Fahrrad außerhalb des Klinikgeländes fahren (bestandene Fahrradprüfung ist Voraussetzung).
- Schlittschuh laufen als Gruppenaktivität
- Mit der Gruppe in Begleitung ins Schwimmbad gehen (Voraussetzung: „Seepferdchen“).
- Ohne Begleitung ins Schwimmbad gehen (Voraussetzung: mind. „Bronze“).
- An der Reittherapie nach ärztlicher Anordnung teilnehmen.

---

**Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund**

-----

Wir als sorgeberechtigte Eltern / Vormund sind damit einverstanden, dass mein Kind bei entsprechender Indikation mit einem in der Erprobung befindlichen Gerät **zur Diagnostik von ADHS** (‘Aktometer’) untersucht wird und die hierbei erhobenen Daten der kooperierenden Herstellerfirma in streng anonymisierter Form für die weitere Entwicklung des Systems zur Verfügung gestellt werden.

---

**Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund**

-----

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind/Mündel im Notfall ein notwendiges Medikament erhalten darf. Hierüber werden wir zeitnah informiert. Eine planmäßige medikamentöse Behandlung bedarf einer medizinischen Aufklärung durch den zuständigen Arzt und meines/unseres Einverständnisses.

**Sind Allergien bekannt? Nein / Ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund**

### **LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770  
BIC: WELADE3LXXX



**Entbindung von der Schweigepflicht**

,	A.-Nr.
,	A-Dat
EA	HA
KK	Station

Ich bin einverstanden, dass

von folgend genannten Stellen (Ärzte, Therapeuten, Lehrer etc.) Informationen (z. B. Arztbriefe, Therapie- oder Schulberichte) **an die LWL-Klinik Marsberg**, Kinder- und Jugendpsychiatrie, weitergegeben werden:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

**aus der LWL-Klinik Marsberg**, Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfen Informationen weitergeben an:

1. die unter Ziffer \_\_\_\_\_ genannte(n) Stelle(n)

2.

Marsberg, den .

.....  
Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

.....  
Unterschrift der / des Jugendlichen (>14 Jahre)

**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•  
BIC: WELADE3LXXX



•	A.-Nr.
•	A-Dat
EA	HA
KK	Station

Über folgende Medikamente wurden wir bereits ausführlich aufgeklärt und benötigen keine erneute Aufklärung:

*Bitte nennen Sie den Medikamentennamen, das Jahr und den Arzt der Aufklärung*

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
	Medikament	Jahr	Arzt oder Institution

Mit der weiteren Gabe sind wir einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: [www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de](http://www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de)

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•  
BIC: WELADE3LXXX



Mitteilung

Barbetrag (Taschengeld)

Eltern / Vormund / Betreuer

Marsberg, 1. Januar 2013

Ihr Kind / Mündel verfügt hier über keine Barmittel, aus denen kleinere persönliche Bedürfnisse bestritten werden können.

Es darf darauf hingewiesen werden, dass den übrigen Patienten Geldbeträge zur Verfügung stehen, mit denen sie sich kleinere Dinge kaufen können.

Den für ihr Kind / Mündel zustehenden monatlichen Betrag (Taschengeld) entnehmen Sie bitte der unteren Tabelle.

Bitte überweisen Sie entsprechende Beträge auf das unten angegebene Konto mit Angabe des Verwendungszwecks bzw. übergeben Sie das Geld bei Ihrem nächsten Besuch dem Pflegepersonal der Station.

<b>Stufe</b>	<b>Lebensalter</b>	<b>Betrag Euro</b>
1	Beginn 5. Lebensjahr bis Ende 6. Lebensjahr (4-5 Jahre)	4,50 €
2	im 7. Lebensjahr (6 Jahre)	9,00 €
3	im 8. Lebensjahr (7 Jahre)	13,20 €
4	im 9. Lebensjahr (8 Jahre)	18,00 €
5	Beginn 10. Lebensjahr bis Ende Lebensjahr (9 und 10 Jahre)	22,80 €
6	im 12. Lebensjahr (11 Jahre)	26,90 €
7	im 13. Lebensjahr (12 Jahre)	31,50 €
8	im 14. Lebensjahr (13 Jahre)	35,80 €
9	im 15. Lebensjahr (14 Jahre)	44,50 €
10	im 16. Lebensjahr (15 Jahre)	48,80 €
11	im 17. Lebensjahr (16 Jahre)	57,90 €
12	im 18. Lebensjahr (17 Jahre)	62,70 €
	ab Beginn des 19. Lebensjahr	103,14€

**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: [www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de](http://www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de)

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770  
BIC: WELADE3LXXX



**Einwilligung zur Datenübermittlung/Schweigepflichtentbindung**

,	A-Nr.
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

	Ja	Nein
Es darf eine Datenübermittlung / Informationen / Epikrise an den Hausarzt, Facharzt (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Institutsambulanz) und Ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut weitergegeben werden (Adressen im KIS hinterlegt). Bitte hier auch Vorbehandler eintragen (als Hinweis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es darf eine Datenübermittlung bzw. Behandlungsinformationen zur Fallprüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben werden, falls die Krankenkasse dies anfordert. Der MDK unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen dürfen zwischen Klinik und Klinikschule ausgetauscht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen dürfen zwischen Klinik und Heimatschule ausgetauscht werden (Adresse in KIS hinterlegt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen / Epikrise dürfen mit dem zuständigen Jugendamt (Adresse in KIS hinterlegt) ausgetauscht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir sind einverstanden, dass von unserem Kind / Mündel Videoaufzeichnungen gemacht werden, diese dürfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ im therapeutischen Kontext aufgezeichnet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ im Behandlungsteam gezeigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Therapeuten in externen, unter Schweigepflicht stehenden, Gruppen zu Therapie-Kontrollzwecken zeigen (z.B. Supervision).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Einrichtung entstandene Fotos unseres Kindes / Mündels dürfen auf der Station zu Erinnerungszwecken sichtbar sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es darf eine Datenübermittlung / Informationsaustausch zwischen den Ambulanzen und Tageskliniken in unserem eigenen Zuständigkeitsbereich stattfinden (Marsberg, Paderborn, Meschede, Höxter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

**Sorgeberechtigte:**

,

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund

Unterschrift Jugendliche/r ab 14. Lebensjahr

**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.  
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg  
Postfach 1151 · 34418 Marsberg  
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)  
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg  
Sparkasse Paderborn Detmold  
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•  
BIC: WELADE3LXXX



## **Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V**

### Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

### Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

### Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

### Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.



Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit schriftlich widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

**Für alle Patienten!**  
**Zeitpunkt der Information: Aufnahme!**

**Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen bestimmte Informationen bei der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit Überreichung dieses Informationsblattes nach.

**Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)  
Freiherr-vom-Stein-Platz 1  
48133 Münster  
Telefon: 0251 591-01  
Telefax: 0251 591-3300  
E-Mail: [lwl@lwl.org](mailto:lwl@lwl.org)

**Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten:**

Datenschutzbeauftragter  
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen  
und LWL-Maßregelvollzugskliniken  
Hörsterplatz 2  
48143 Münster  
Telefon: 0251 591- 5834  
Telefax: 0251 591- 267  
[datenschutz.gesundheit@lwl.org](mailto:datenschutz.gesundheit@lwl.org)

**Zwecke sowie Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten, beispielsweise Ihre Versichertendaten aufnehmen. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages. Zusätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte müssen gemäß § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche aus fachlicher Sicht

## Patienteninformation LWL-Ambulanzen

für die derzeitige und zukünftige Behandlung der Patienten wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient damit auch dem Zweck, dieser Verpflichtung nachzukommen.

In den überwiegenden Fällen wird es sich bei den durch uns verarbeiteten Daten um Gesundheitsdaten handeln.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Art. 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie § 16 Datenschutzgesetz NRW (DSG NRW). Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen.

Die Patientendaten werden auch zu dem Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet (beispielsweise an den überweisenden Hausarzt, an Kassenärztliche Vereinigungen, an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung). Auch erhalten wir von Dritten, beispielsweise von Ihrer Krankenkasse oder anderen Behandlern aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht (§ 630f BGB, s.o.) in der Behandlungsdokumentation speichern. Auch hierfür ist Rechtsgrundlage Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO, § 16 DSG NRW.

In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen.

Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

### **Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:**

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist es möglich, dass wir Daten an folgende Empfänger / Kategorien von Empfängern weitergeben:

- gesetzliche Krankenkassen sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen sofern Sie privat versichert,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter)

Darüber hinaus können wir Daten mit der Einwilligung der Betroffenen weitergeben. Bei Erteilung Ihrer Einwilligung werden wir Sie darüber informieren, um welche Empfänger es sich im Einzelnen handelt.

**Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:**

Personenbezogene Daten von Patienten sind grundsätzlich gemäß § 630f Absatz 3 BGB sowie den Vorschriften der jeweils einschlägigen Berufsordnung für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadensersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung

erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen seinen Behandler gemäß § 199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

**Rechte der Betroffenen:**

Im Rahmen der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung haben Sie verschiedene Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Dazu gehören das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Soweit die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen.

Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

**Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:**

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung / Beratung vorgenommen werden kann.