



**Anmeldung:**

## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Vorab möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir als kirchliche Stelle den Bestimmungen des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) unterliegen. Dieses Kirchengesetz ist stark an den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSG-VO) angelehnt. Daher finden Sie in unseren Formularen und Hinweisen als Rechtsgrundlage die Paragraphen des DSG-EKD und nicht die Artikel der Datenschutz-Grundverordnung.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Ambulanz als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt. Diesen Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. 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.

### 2. 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, privatärztliche Verrechnungsstellen und das komplementäre System 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 berechtigte Empfänger.

### 3. 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 4. Ihre Rechte

Sie haben nach § 19 DSGVO das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie nach § 20 DSGVO Berichtigung verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 21 DSGVO das Recht auf Löschung von Daten zu.

Paragraph 22 DSGVO gewährt Ihnen das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um Ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

### 5. Widerruf erteilter Einwilligung

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie gegenüber der Ambulanz erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie schriftlich über den Postweg, per E-Mail oder Fax an die Ambulanz richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Ambulanz zugeht. Er hat keine Rückwirkung, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer Daten bis dahin rechtmäßig bleibt.

### 6. Beschwerdemöglichkeit / Aufsichtsbehörde

Sie haben 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 Beschwerde richten Sie bitte an:

Beauftragten für den Datenschutz in der Evangelischen Kirche in Deutschland, Außenstelle  
Dortmund,  
Friedhof 4 44135  
Dortmund  
E-Mail: [mitte-west@datenschutz.ekd.de](mailto:mitte-west@datenschutz.ekd.de) Tel.: 0231-533827-0

Die Ambulanz hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Anschrift: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH  
c/o Stabsstelle Recht/Compliance/Datenschutz  
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin  
Kontakt Daten: Tel. 030/5472 2240 Fax 030/ 5472 2909  
E-Mail: [datenschutz@keh-berlin.de](mailto:datenschutz@keh-berlin.de)

### 7. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: PIA am BHZ  
Adresse: Herzbergstraße 79, 10365 Berlin  
Kontakt Daten: Tel.: 030/5472 4916 Fax: 030/5472 299573  
E-Mail: [pia-gb@keh-berlin.de](mailto:pia-gb@keh-berlin.de)

Ihr PIA-Team

Behandlungszentrum für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen (BHZ)

PD Dr. med. Tanja Sappok Chefärztin  
FÄ für Neurologie  
FÄ für Nervenheilkunde  
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge  
gGmbH



Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH – Herzbergstr. 79 – 10365 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

**Behandlungszentrum  
für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen (BHZ)**

**Psychiatrische Institutsambulanz am BHZ**

PD Dr. med. Tanja Sappok  
Chefärztin

**Anmeldung:**

Telefon: (030) 5472 4916

Telefax: (030) 5472 299573

Mehr Informationen:

<http://www.keh-berlin.de>

## Information und Zustimmung zur Kontaktaufnahme

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Es besteht die Möglichkeit, mit unserer Ambulanz per Telefon/Fax oder E-Mail zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt.

Sensible persönliche Daten werden nicht per Mail versendet.

**Das Team der PIA am BHZ nutzt zu Kontaktaufnahme die auf den Anmelde-Bögen angegebenen Kommunikationswege (Telefon/ SMS/ Fax/ E-Mail/ Postanschrift).**

Sie sind mit der Nutzung der dort angegebenen Kommunikationswege einverstanden.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben zum Datenschutz.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung



Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH – Herzbergstr. 79 – 10365 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

**Behandlungszentrum  
für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen (BHZ)**

**Psychiatrische Institutsambulanz am BHZ**

PD Dr. med. Tanja Sappok  
Chefärztin

**Anmeldung:**

Telefon: (030) 5472 4916  
Telefax: (030) 5472 299573

Mehr Informationen:  
<http://www.keh-berlin.de>

## Einwilligungserklärung

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung für folgende Punkte:

- Ich entbinde die behandelnden Ärzte des Behandlungszentrums für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

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

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

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

- Häufig werden die von uns behandelten Menschen mit Intelligenzminderung zu den Visiten und Therapien in unserem Hause von Betreuungspersonen aus dem komplementären System begleitet. Diese Betreuungspersonen sind befugt uns Informationen zur aktuellen Situation der/des Patient/in zu erteilen.  
Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des BHZ diesen Begleitpersonen Therapieinhalte, Untersuchungsergebnisse und Diagnosen sowohl mündlich als auch schriftlich mitteilen, die im Rahmen der Behandlung festgestellt werden, soweit dies für die Betreuung der/des Pat. in der jeweiligen Einrichtung erforderlich ist.
- Im Rahmen der Behandlung können Kontakte als Videosprechstunde mit einem zertifizierten Videodienst durchgeführt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung erhobene Daten für wissenschaftliche Untersuchungen in anonymisierter Form genutzt werden dürfen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung

Behandlungszentrum für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen (BHZ)

PD Dr. med. Tanja Sappok Chefärztin  
FÄ für Neurologie  
FÄ für Nervenheilkunde  
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge  
gGmbH



Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH – Herzbergstr. 79 – 10365 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

**Behandlungszentrum  
für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen (BHZ)**

**Psychiatrische Institutsambulanz am BHZ**

PD Dr. med. Tanja Sappok  
Chefärztin

**Anmeldung:**

Telefon: (030) 5472 4916

Telefax: (030) 5472 299573

Mehr Informationen:

<http://www.keh-berlin.de>

**Einwilligungserklärung  
Video-, Bild- und Tonaufnahmen**

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass Teile meiner  
Behandlung/ Therapie in Form von Ton- und Bildaufnahmen zu diagnostischen Zwecken im  
Rahmen der ambulanten Behandlung aufgezeichnet und gespeichert werden.

Die Aufnahmen werden nur Personen gezeigt, die der Schweigepflicht unterliegen, in meine  
Behandlung/ Therapie einbezogen sind und keine vertraulichen Informationen weitergeben.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser  
Daten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile  
entstehen. Allerdings gehen dabei auch ggf. die mit der Aufzeichnung von Bild und  
Tonaufnahmen verbundenen Vorteile bei meiner Behandlung verloren.

Zugriff zum Video haben:

Die unmittelbar behandelnden Ärzte/Therapeuten/Psychologen sowie PD Dr. med. Tanja  
Sappok (Chefärztin der Abteilung). Lediglich administratives Zugangsrecht haben die  
zuständigen Sekretariate und der zuständige Administrator der IT-Abteilung.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung

## Zusatz zu Demonstrationszwecken

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Rahmen der Behandlung erstellte Video-, Bild-, und Tonaufnahmen, auf denen ich persönlich zu sehen und/oder zu hören bin, zu Demonstrationszwecken ohne weitere Angaben zu meiner Identität in folgenden Veranstaltungsformaten abgespielt werden:

- anonymisierte Auswertung der Befunde zu Forschungszwecken
- Verwendung zu Lehr- und Ausbildungszwecken innerhalb des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
- Verwendung zur Demonstration von Ausschnitten des Videos bei externen Fachvorträgen, Kongressen oder Weiterbildungsveranstaltungen

Die Einverständniserklärung für die Video-, Bild-, und Tonaufnahme ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Video-, Bild-, und Tonaufnahmen von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertretung