

## Information zum Datenschutz

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79  
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am  
Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse  
Chefarzt

Sekretariat  
Janin Wendt  
T: (030) 54 72 49 60  
F: (030) 54 72 29 96 71  
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA  
T: (030) 54 72 49 16  
F: (030) 54 72 29 95 73  
pia-gb@keh-berlin.de

[www.keh-berlin.de](http://www.keh-berlin.de)

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 Paragrafen 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. Diese 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, Therapievorschläge 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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 4. Ihre Rechte

Sie haben nach § 19 DSG-EKD 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 DSG-EKD Berichtigung

verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 21DSG-EKD das Recht auf Löschung von Daten zu.

Paragraf 22 DSG-EKD 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.: 0231/53 38 27 - 0

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

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH  
c/o Stabsstelle Recht/Compliance/Datenschutz  
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin  
E-Mail: [datenschutz@keh-berlin.de](mailto:datenschutz@keh-berlin.de)  
Tel. 030/54 72 22 40; Fax: 030/ 54 72 29 09

### **7. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

PIA am BHZ  
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin  
Tel.: 030/54 72-49 16; Fax: 030/54 72-29 95 73

## Information und Zustimmung zur Kontaktaufnahme

**Patientendaten:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79  
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am  
Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse  
Chefarzt

Sekretariat  
Janin Wendt  
T: (030) 54 72 49 60  
F: (030) 54 72 29 96 71  
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA  
T: (030) 54 72 49 16  
F: (030) 54 72 29 95 73  
pia-gb@keh-berlin.de  
[www.keh-berlin.de](http://www.keh-berlin.de)

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 Patient/Patientin

---

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

## Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindung

**Patientendaten:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79  
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am  
Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse  
Chefarzt

Sekretariat  
Janin Wendt  
T: (030) 54 72 49 60  
F: (030) 54 72 29 96 71  
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA  
T: (030) 54 72 49 16  
F: (030) 54 72 29 95 73  
pia-gb@keh-berlin.de  
[www.keh-berlin.de](http://www.keh-berlin.de)

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 schriftlich widerrufen werden.

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

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

## Einwilligungserklärung Video-, Bild- und Tonaufnahmen

**Patientendaten:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79  
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am  
Behandlungszentrum für psychische  
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen  
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse  
Chefarzt

Sekretariat  
Janin Wendt  
T: (030) 54 72 49 60  
F: (030) 54 72 29 96 71  
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA  
T: (030) 54 72 49 16  
F: (030) 54 72 29 95 73  
pia-gb@keh-berlin.de  
[www.keh-berlin.de](http://www.keh-berlin.de)

- 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 Dr. med. Björn Kruse (Chefarzt der Abteilung). Lediglich administratives Zugangsrecht haben die zuständigen Sekretariate und der zuständige Administrator der IT-Abteilung.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/Patientin

---

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

## 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 Patient/Patientin

---

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung