

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte senden Sie diese Unterlagen **zusammen mit der Einweisung von Ihrem Fach- oder Hausarzt** per E-Mail an [ilka.frankenfeld@burghof-klinik.de](mailto:ilka.frankenfeld@burghof-klinik.de) oder per Post an Virchowstr. 5, 31737 Rinteln.

## ANMELDEBOGEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger o. Vertrauensperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden; bitte ggf. Betreuerausweis beifügen): \_\_\_\_\_

**Hausarzt/in:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Facharzt/in: f. Psychiatrie / Psychosomatik:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Haus.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich war bereits in der Burghof-Klinik in Rinteln  JA  NEIN

Zurzeit arbeitsunfähig:  JA, seit wann \_\_\_\_\_  NEIN Beruf: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Patienten/Patientinnen** \_\_\_\_\_

### Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung:

Name: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Versicherungstarif für Wahlleistungen

1-Bett-Zi. (\_\_\_%)  2-Bett-Zi. (\_\_\_%)  Wahlärztl. Beh. (\_\_\_%)  Allg. Krankenhausleistung (\_\_\_%)

### Ich möchte folgende Leistung in Anspruch nehmen:

Wahlärztliche Behandlung (Chef-/Wahlarzt/ärztin gesonderte Abrechnung nach GOÄ)

Wahlleistung 1-Bett Zimmer von 48,63 EUR bis 75,37 EUR / pro Tag  
(verschiedene Ausstattungen u. Komfortleistungen)

Wahlleistung 2-Bett Zimmer (mit Komfort) 34,28 EUR /pro Tag

Bei Fragen zu den Wahlleistungen wenden Sie sich bitte an das Patientenmanagement

**Terminwunsch:** \_\_\_\_\_  sobald wie möglich

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit (max. 5-10 Tage unsererseits möglich).

Die Aufnahme ist kurzfristig möglich  JA \*  NEIN

\* hier kann die Wartezeit im Einzelfall deutlich verringert werden

---

## Persönlicher Bericht für die Anmeldung

Hinweis: Dieser Bericht wird vertraulich behandelt und wird nur intern dem/der zuständigen Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutin der Burghof-Klinik zur Verfügung gestellt. Bitte denken Sie daran, auch den Anmeldebogen bzw. die Datenschutzgrundverordnung auszufüllen und mit einzusenden.

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Klinik bereits vor Aufnahme möglichst gut vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Daher bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name: \_\_\_\_\_

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

männlich

weiblich

inter/divers

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

- 
- 1. Beschreiben Sie bitte, aufgrund welcher körperlichen und/oder seelischen Beschwerden Sie sich in der Burghof-Klinik behandeln lassen möchten.**

---

---

---

---

---

---

---

---

- 
- 2. Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt (Beginn, zeitlicher Verlauf)?**

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

- JA  NEIN

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer/Wochen

Wir bitten (falls nicht schon vorliegend) um einen Abschlussbericht der aktuellen psychiatrischen und psychosomatischen Aufenthalte

### 4. Sind oder waren Sie bereits in ambulanter Psychotherapie?

- JA (Bitte Namen und Anschrift des/der Therapeuten/Therapeutin angeben: Wir bitten, falls nicht schon vorliegend um einen kurzen Befundbericht).

\_\_\_\_\_  
Name des/der Therapeuten/Therapeutin

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort/Land

Therapierichtung:  Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologie  Andere

- NEIN  Bitte um Begründung:

\_\_\_\_\_

### 5. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (bei Platzmangel auf Rückseite ergänzen)

Medikament	Dosierung	Seit wann

---

**Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien?**

JA  NEIN

Wenn ja, wogegen:

---

---

**6. Trinken Sie Alkohol und in welchen Mengen**  JA Menge/Häufigkeit: \_\_\_\_\_  Nein  
Wenn ja, welcher Art \_\_\_\_\_

---

**7. Nehmen Sie derzeit zeitweise oder regelmäßig Drogen**  
 JA Menge/Häufigkeit: : \_\_\_\_\_  Nein

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

---

**8. Haben Sie eine Geh- oder körperliche Behinderung? Benötigen Sie medizinische oder sonstige Hilfsmittel (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)? Ist Ihre Selbstständigkeit eingeschränkt oder sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? (Achtung: unser Haus verfügt über keine Aufzüge)**

JA

NEIN

Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

---

---

---

---

**9. Haben Sie eine Hörbehinderung?**

JA und zwar \_\_\_\_\_

NEIN

Hinweis: Die Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen

---

**10. Haben Sie zurzeit schwere akute körperliche Krankheiten oder Beschwerden?**

JA, welche \_\_\_\_\_

NEIN

---

**11. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus wegen einer körperlichen Erkrankung behandelt? Wenn ja, wann und mit welcher Diagnose?**

JA

---

NEIN

---

**12. Stehen in den nächsten 3 Monaten noch medizinische Untersuchungen an? Wenn ja, welche?**

JA

---

NEIN

---

**13. Leiden Sie jetzt an schwerwiegenden chronischen Erkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Herzkrankheit, Bluthochdruck, chronische Bronchitis usw.)?**

JA

---

NEIN

---

**14. Liegt bei Ihnen eine klinisch relevante Nahrungsmittelallergie vor? Wenn ja, gegen welche Nahrungsmittel (Bestandteile)? Bitte fügen Sie eine Kopie der Ärztlichen Bescheinigung bei.**

JA

---

NEIN

---

**15. Läuft aktuell ein Rentenverfahren/Widerspruchsverfahren/Rehaverfahren? Wenn ja, welches?**

JA

---

NEIN

---

**16. Gewicht:**    kg

**Größe:**    cm

---

Datum:

Unterschrift:

**Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten**

Burghof-Klinik GmbH  
Virchowstraße 5  
31737 Rinteln

## Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO) / § 6 Ziff. 2, § 13 Abs. 2 Ziff. 1 DSGVO / § 6 Abs. 1 b), § 11 Abs. 2 a) KDG)

Ich \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_

### 1. Datenübermittlungen des Krankenhauses an Hausärzte / sonstige Ärzte / Behandler:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt / sonstigen Vorbehandler / Nach- / Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und / oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den **Hausarzt** der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt / Behandler übernommen wird.

Es können mehrere Ärzte angegeben werden.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

### 2. Anforderung von Daten von Hausärzten / Behandlern:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen Vorbehandler / Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankentuäger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Anschrift des Vertreters)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vertreters)

**Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten**

Burghof-Klinik GmbH  
Virchowstraße 5  
31737 Rinteln

## Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Institutionen

Ich \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an unten genannte Institutionen zu folgenden Zwecken weitergeben darf:

### Institution/Person:

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

### Zweck der Datenweitergabe:

\_\_\_\_\_

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von folgenden Institutionen zu folgenden Zwecken anfordern kann:

### Institution/Person:

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

### Zweck der Datenweitergabe:

\_\_\_\_\_

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

## Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses 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:

### Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der „Verarbeitung“ Ihrer Daten. Dieser Begriff der „Verarbeitung“ bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten im Krankenhaus ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung / Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen – im Sinne einer bestmöglichen Versorgung – im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits- / Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe / Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings / der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, usw. Ferner erfolgen Datenverarbeitungen zu Zwecken der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

### Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst- / Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserem Krankenhaus im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

### Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

### Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben.

Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z.B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z.B. § 301 SGB V, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG),

insbesondere § 22 BDSG und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und interprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs.

3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §§ 630a ff. 630f BGB i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),

- Datenübermittlung an „Externe“ im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z.B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, ( Abs.4) DS-GVO i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),

- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art.9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 301 SGB V),

- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i.V.m. § 299 SGB V i.V.m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

### Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalia

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalia. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

### Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- 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)

### Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer,
5. Versicherterstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungdiagnose, die Aufnahme- und die Entlassungsdiagnose, bei einer Änderung der Aufnahme- und die Entlassungsdiagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahme- und das Entlassungsdatum,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

### Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

### Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Mail / Fax – an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt

rechtmäßig.

### Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechteverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

### Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit vom Krankenhaus verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet.

Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen im Krankenhaus aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind etwa hier die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG), und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber dem Krankenhaus geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde das Krankenhaus mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für das Krankenhaus führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

### Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die auch in Deutschland gilt:

- [Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO](#)

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

- [Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO](#)

Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.

- [Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO](#)

Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

- [Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO](#)

Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um Ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

- [Recht auf Widerspruch gegen unzulässige Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO](#)

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

### Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

### Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten können Sie der Homepage entnehmen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.