

Bitte bringen Sie diese Datenschutz- und Zustimmungserklärungen möglichst vollständig ausgefüllt zu Ihrem Rehabilitationsaufenthalt in unserer Klinik Judendorf-Straßengel mit!

Hinweis auf die Datenverarbeitung - Benachrichtigung gemäß DSGVO und DSG

Geschätzter Patient, geschätzte Patientin!

Die Datenschutzgrundverordnung ist eine europaweite Gesetzesvorgabe zur Sicherung persönlicher Daten. Unsere Klinik Judendorf-Straßengel ist verpflichtet, diese in Ihrem Sinne umzusetzen, Sie darüber zu informieren und Ihre Zustimmung für die notwendige Umsetzung mittels Unterschrift zu erhalten.

Für die Durchführung der von uns geforderten Leistungen ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre komplette Krankengeschichte automatisiert bzw. elektronisch verarbeiten. Personenbezogenen Daten finden sich nicht nur in EDV-mäßig verarbeiteten Daten, sondern auch in Umgangssituationen im Alltagsleben der Klinik.

Sämtliche Mitarbeiter unseres Unternehmens sind – abgesehen von deren berufsrechtlichen Geheimhaltungsverpflichtung – zur Geheimhaltung Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet und dementsprechend geschult. Unsere Verträge mit den Sozialversicherungsträgern sehen neben Einzeltherapien auch Gruppentherapien vor und es können Einzeltherapien auch in Gruppenräumen oder auf Allgemeinflächen (zB. Schwimmbad, Therapieräume, Gymnastiksaal, Sequenztrainingsraum, Park-

anlage) durchgeführt werden. Aus diesem Grund ist es uns im Rahmen der Durchführung Ihres Behandlungsvertrages nicht immer möglich, eine vollständige Geheimhaltung Ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere durch die persönliche Anrede mit Namen) im Rahmen der Gruppentherapien bzw. bei Nutzung von Gruppenräumen zu gewährleisten. Gleiches gilt für Blutdrucklisten und Ausgangslisten, sowie auf den Stationen eingeordneten und aufliegenden Therapieplänen.

Darüber hinaus erachten wir die persönliche Anrede unserer Patientinnen und Patienten als wertvollen Beitrag zur Gestaltung des Aufenthaltes im Sinne eines niveauvollen, zwischenmenschlichen Umgangs.

Ihre personenbezogenen Daten haben wir im Rahmen unserer gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bzw. zur Rechteverteidigung zu speichern und diese werden längstens nach Ablauf dieser gesetzlichen Fristen gelöscht.

Aufgrund rechtlicher Bestimmungen haben wir nachzuweisen, dass wir Ihnen die entsprechenden Informationen erteilt haben. **Aus diesem Grund bitten wir Sie, nachstehende Erklärung zu unterfertigen.**

ERKLÄRUNG

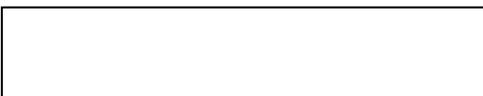
Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten (über die Sozialversicherung) mit der Einrichtung abgeschlossenen Beherbergungs- und Behandlungsvertrages personenbezogene Daten über meine Person sowie die für die Behandlung bzw. sonstige Leistungen notwendigen Daten übernommen, erhoben, gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmungen und Rechtsgrundlagen

- Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person,
- medizinische Diagnostik, Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich,
- Durchführung des Beherbergungs- und Behandlungsvertrages sowie
- Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen

unter Beachtung der jeweiligen anwendbaren datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Sozialversicherungsträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Berufsträger der Gesundheitsberufe, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder -Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen, Heilbehelfe- und Hilfsmittelhersteller, Banken im Fall von Selbstzahlern, (Rechts- und Steuer-)Berater, IT-Dienstleister, Gerichte und Behörden sowie unserer zentralen Verwaltungsführung in der MARE Holding GmbH) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten von mir:

1. Name des Versicherten und/oder Patienten und ggfs. Name des gesetzlichen Vertreters bzw. ggfs. Name der Begleitperson,



2. Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer,
3. Anschrift und ggfs. E-Mail-Adresse sowie Telefonnummer,
4. sämtliche Daten aus dem vorliegenden Rehabilitationsantrag und aus dem Aufnahmebogen,
5. KFZ-Kennzeichen (bei Anreise mit dem PKW),
6. Bild- und Videoaufnahmen für medizinische, therapeutische und/oder pflegerische Zwecke,
7. den Tag der Aufnahme und Abreise; bei vorzeitiger Beendigung oder Verlängerung den Grund hierfür,
8. Grund der Aufnahme sowie sämtliche Diagnosen (auch Nebendiagnosen),
9. Datum und Art der jeweils in der Einrichtung durchgeführten Leistungen und Maßnahmen,
10. Bank- und Kreditkartendaten und Weiterleitung der Daten an die involvierten Banken bzw. Kreditinstitute zur Abwicklung des Geldtransfers,
11. religiöse oder ernährungsrelevante Besonderheiten, auf die die Einrichtung nach Möglichkeit auf meinen ausdrücklichen Wunsch Rücksicht nehmen sollte,
12. weitere Sonderwünsche von mir und meiner eventuellen Begleitperson, sofern um die Erfüllung solcher Sonderwünsche ersucht wird.

Darüber hinaus habe ich Kenntnis davon, dass das Unternehmen aufgrund sanitätsbehördlicher Auflagen verpflichtet ist, Videokameras zu installieren und eine Überwachung der vorgeschriebenen Bereiche durchzuführen. Weiters sind zur Sicherheit aller Patienten und Mitarbeiter die Hauptzugänge zur Klinik inkl. Tiefgarage videoüberwacht. Diese Videoüberwachungsbereiche sind jeweils durch deutlich sichtbare Kennzeichnung erkennbar. Die verarbeiteten Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn sie zur Erreichung des Zweckes der Überwachung nicht mehr erforderlich sind oder wenn keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen mehr bestehen. Eine längere Speicherung als 72 Stunden muss vom Unternehmen protokolliert und begründet sein.

Ferner nehme ich zu Kenntnis, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten der Mitarbeiter der Einrichtung - dazu gehören auch Fotografien und deren Veröffentlichung auf Social Media (zB. Facebook, Twitter, ...) - ohne die ausdrückliche Einwilligung der Mitarbeiter untersagt ist (Schutz der Privatsphäre und der personenbezogenen Daten unserer Mitarbeiter).

Ihre personenbezogenen Daten haben wir im Rahmen unserer gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bzw. zur Rechtfertigung zu speichern und werden längstens nach Ablauf dieser gesetzlichen Frist (längstens 30 Jahre) gelöscht.

Ja, ich habe vorstehende Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen:

Datum: _____ Name in Blockbuchstaben: _____ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: _____

RECHTSBELEHRUNG:

Nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf

- Auskunft,
- Berichtigung,
- Löschung,
- Einschränkung,
- Datenübertragbarkeit und
- Widerspruch zu.

Dafür wenden Sie sich bitte an uns.

Wenn Sie annehmen, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in

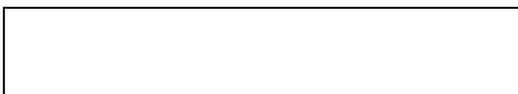
einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Datenschutzbehörde beschweren.

Sie erreichen uns unter folgenden Kontaktdaten:

Klinik Judendorf-Straßengel GmbH
Grazer Straße 15, 8111 Gratwein-Straßengel
Tel. 03124/90520, info@klinik-judendorf.at
Geschäftsführer: KoR Renate Remta-Grieshofer

Unsere Datenschutzbeauftragte Frau Mag. Katja Schreibmayer erreichen Sie unter:

E-Mail: katja.schreibmayer@mare-gmbh.at



Datenverarbeitung aufgrund ausdrücklicher Einwilligung des Patienten
(Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 2 lit a DSGVO)

RECHTSBELEHRUNG:

Nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf

- Auskunft,
- Berichtigung,
- Löschung,
- Einschränkung,
- Datenübertragbarkeit und
- Widerspruch zu.

Dafür wenden Sie sich bitte an uns.

Wenn Sie annehmen, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Datenschutzbehörde beschweren.

Wir weisen Sie auch ausdrücklich auf unsere umfangreiche **Datenschutzrichtlinie** auf unserer Homepage www.klinik-judendorf.at hin.

Sie erreichen uns unter folgenden Kontaktdaten:

Klinik Judendorf-Straßengel GmbH
Grazer Straße 15, 8111 Gratwein-Straßengel
Tel. 03124/90520
info@klinik-judendorf.at
Geschäftsführer: KoR Renate Remta-Grieshofer

Unsere Datenschutzbeauftragte Frau Mag. Katja Schreibmayer erreichen Sie unter:

E-Mail: katja.schreibmayer@mare-gmbh.at

WIDERRUF:

Alle vorstehenden Einwilligungserklärungen können Sie **jederzeit auch unabhängig voneinander** widerrufen.

Im Falle des Widerrufs einer Ihrer Einwilligungen findet keine weitere Datenverarbeitung mehr statt, es sei denn, dass diese für die Durchführung unserer Vertragspflichten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung unserer Rechtsansprüche und unserer sonstigen gesetzlichen Verpflichtungen erforderlich ist bzw. wird.

Ihren Widerruf richten Sie bitte an unsere Datenschutzbeauftragte:

RA Mag. Katja Schreibmayer: katja.schreibmayer@mare-gmbh.at

**Einwilligung
zur Verwendung Ihrer E-Mailadresse für Newsletter-Versand oder Werbezwecke**

Sie haben die Möglichkeit unseren Newsletter zu abonnieren bzw. über Neuigkeiten (Werbung) zu unserer Klinik und den behandelten Krankheitsbildern auf dem Laufenden zu bleiben. Hierfür benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse und Ihre Erklärung, dass Sie mit der E-Mail-Übermittlung von Werbung einverstanden sind. Sollten Sie die Versendung von Werbung über unsere Klinik per E-Mail hiermit ausdrücklich wünschen, bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail Adresse zu diesem Zweck bekannt zu geben:

E-Mail:

_____.

Sie stimmen darüber hinaus zu, dass diese personenbezogenen Daten zu denselben Zwecken an unsere Dachorganisation, die Mare Holding GmbH, Alfred Merlini-Allee 5, 8490 Bad Radkersburg, T +43(0)3476/41552, info@mare-gmbh.at übermittelt und von dieser zum Zweck des Newsletter-Versands bzw. zur Übermittlung von Werbung verarbeitet werden darf.

ja nein

**Einwilligung
zur Auskunftserteilung an Vertrauenspersonen**

Datenschutzrechtliche Vorgaben erlauben es unserer Einrichtung nicht, Auskünfte an nicht berechtigten Personen zu erteilen. Wir benötigen deshalb eine Vertrauensperson/Auskunftsperson, um allfällige auftretende Fragestellungen bearbeiten zu können. Medizinische / therapeutische Auskünfte werden ausschließlich von einem Arzt erteilt, beziehungsweise in spezifisch therapeutischen Belangen von einem Therapeuten, pflegerische Auskünfte vom zuständigen Diplomierten Pflegepersonal.

Ich erteile meine Einwilligung, dass einer Vertrauensperson, welcher mein persönlicher Code bekannt ist, telefonisch Auskünfte erteilt werden:

ja nein

**Einwilligung
zur Datenübermittlung an dritte und von dritten Personen
(Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal)**

Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Ärzte, Therapeuten und mein Pflegepersonal zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung der Behandlungs-Dokumentation des Patienten.

ja nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Einrichtung die bei anderen Krankenanstalten, Ärzten, Therapeuten und anderem Pflegepersonal vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordert. Diese Anforderung ermöglicht es der Einrichtung, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der Dokumentation der genannten Personen zu erhalten. Die Einrichtung wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

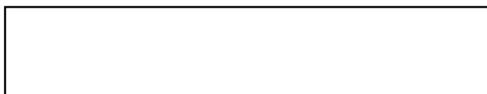
Ich habe vorstehende Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen:

Datum:

Unterschrift Angehöriger:

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter:

X



Zustimmungserklärung zur Er- und Übermittlung von personenbezogenen Daten ¹⁾

Ich,

²⁾, bin einverstanden, dass die Klinik Judendorf-Straßengel GmbH meine Daten

/ die Daten der von mir vertretenen Person
bei folgenden Krankenanstalten ermittelt.

Gleichzeitig stimme ich zu, dass diese angefragten Krankenanstalten diese Daten an die Klinik Judendorf-Straßengel GmbH übermitteln.

Krankenanstalten: alle öffentlichen und privaten Krankenanstalten

Aufenthalt von **BIS ENDE DES AUFENTHALTES**

Zu ermittelnde Daten (bitte Zutreffendes ankreuzen!):

- Aufenthaltsdaten: Dauer (von – bis), stationär / ambulant, Medizinische Abteilung / Organisationseinheit (Abteilungskostenstelle inkl. Transfer) „Hauptdokumente“ (z.B. ärztliche Entlassungsbriefe bei stat. Aufhalten und Ambulanzbefunde bei ambulanten Fällen), Bilder von medizintechnischen Geräten (Z.B. radiologische Bilder, Ultraschallbilder, et.
- Weitere Dokumente (z.B. Laborbefunde, OP-Berichte etc.)

Zweck:

Die Übermittlung der Daten erfolgt zum Zwecke meiner optimalen Behandlung und Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Die Zustimmung gilt für die Dauer meines stationären Aufenthaltes.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit ohne Begründung widerrufen. Ab diesem Zeitpunkt findet keine Abfrage von Daten auf Grund dieser Zustimmungserklärung mehr statt.

Datum:

Unterschrift Patient/in

X

- 1) Zustimmungserklärung ist in der Patientenakte abzulegen
2) Angabe des Namens und des Geburtsdatums