

# Gesundheitsdatenerhebung

## für das Ferienlager in Pfaffenhofen 2025

Name, Vorname (des Kindes): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (des Kindes): \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

auch wenn wir in unserem Ferienlager keine größeren Zwischenfälle erwarten, so gilt es doch immer gut gewappnet zu sein. In diesem Sinne möchten wir für den Fall der Fälle wichtige Informationen bezüglich Ihres Kindes erheben. Diese werden selbstverständlich gemäß der europäischen DSGVO streng vertraulich behandelt und dienen lediglich der Sicherheit Ihres Kindes. Im Bedarfsfall werden diese Daten für die medizinische Behandlung bspw. durch den örtlichen Hausarzt oder die Notdienstzentrale in Brackenheim herangezogen. Verantwortliche/r für die datenschutzrechtlich einwandfreie Verwendung ist Margret Munz.

Hat Ihr Kind erwähnenswerte Erkrankungen wie Asthma, Diabetes, etc.?

\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind alle altersentsprechenden Impfungen erhalten?

Ja

Nein

Bei Nein: Welche nicht?

\_\_\_\_\_

Wer ist der aktuelle Kinder- und/oder Hausarzt Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

\_\_\_\_\_

Das Ferienlager in Pfaffenhofen wird 2025 durch unseren neuen Hausarzt Dr. med. Felix Dobler medizinisch betreut. Für den Bedarfsfall benötigen wir hierzu Ihre Einwilligung. Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle einer Behandlung durch Herrn Dr. med. F. R. Dobler die Patientendaten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis vorgelegt und auf Wunsch ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind, oder die Weitergabe von Daten per Fax oder digital per E-Mail, KIM o.Ä. an Apotheken, Altenheime oder andere medizinische Personen oder Einrichtungen, die mit in meine Behandlung eingebunden sind. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden
- die erhobenen Daten in vollem Umfang und ohne Einschränkungen von Herrn Dr. F. R. Dobler und seinem Praxisteam eingesehen und für meine Behandlung und die darüber hinaus nötige Kommunikation mit anderen Beteiligten des Gesundheitswesens verwendet werden dürfen. Dies gilt bis auf Widerruf.

Ich stimme der Nutzung der Daten meines Kindes zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden. Ich stimme der Abholung von Rezepten und anderen Formularen und Berichten durch meine Familienangehörigen/Partner/Pflegedienste, Beauftragte etc. zu.

ODER

Ich lehne eine medizinische Behandlung meines Kindes ohne meine unmittelbare Zustimmung in Anwesenheit ab und möchte im Bedarfsfall umgehend unter den unten genannten Kontaktdaten informiert werden. Mir ist bewusst, dass dadurch die Zuständigen des Ferienlagers in Pfaffenhofen und das beauftragte medizinische Team keine Verantwortung für einen gesundheitlichen oder andersartigen Schaden übernehmen kann. Im Notfall ist das Team des Ferienlagers jedoch gesetzlich – auch ohne meine unmittelbare Zustimmung in Anwesenheit - zur Ersten Hilfe und Verständigen einer fachlich geeigneten Person bzw. eines fachlich geeigneten Teams verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift des/des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

**Bitte geben Sie Ihrem Kind in jedem der beiden Fälle seine Versichertenkarte mit!**

**Kontaktdaten der/des Erziehungsberechtigten:**

Name:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ (für den Bedarfsfall)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind: Dr. med. Felix Dobler

Praxisname: Praxis Dr. Felix Dobler

Adresse: Heilbronner Straße 4 in 74397 Pfaffenhofen

Kontaktdaten: 07046/801

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dr. med. Felix Dobler

Anschrift: Heilbronner Straße 4 in 74397 Pfaffenhofen

Kontaktdaten: 07046/801

## 2. 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.

## 3. 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 und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 berechnete Empfänger.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner 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 Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Postfach 102932, 70025 Stuttgart  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart  
Tel.: 0711/61 55 41 – 0  
Fax: 0711/61 55 41 – 15  
E-Mail: [poststelle@ldi.bwl.de](mailto:poststelle@ldi.bwl.de)  
Internet: <https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam