

# Laboruntersuchungen und Datenschutz

## Einwilligungserklärung für privat krankenversicherte und IGeL-Patienten

Name der / des Versicherten	Vorname
geboren am	

Praxisstempel

### Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Diagnosefindung oder Therapiekontrolle sind häufig Laboruntersuchungen notwendig. Damit unser Labor diese durchführen kann, benötigen wir einige Daten – wie Name, Geburtsdatum, Informationen über Diagnosen, Therapien und deren Verlauf oder Medikamentierung – zu Ihrer Person. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir die Daten erheben, speichern oder weiterleiten.

Die Arztpraxis, eine Laborgemeinschaft oder ein Facharztlabor dürfen Laboruntersuchungen durchführen. Warum eine Untersuchung notwendig ist und wie die Proben entnommen werden, erklärt Ihnen Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr Arzt. Die Praxis kann in Ihrem Namen eine Laborgemeinschaft und/oder ein Facharztlabor mit der Untersuchung der Proben beauftragen. Das Labor darf besondere Untersuchungen an ein spezialisiertes Labor weiterleiten.

Für Ihre Daten gilt eine strenge, zeitlich unbefristete Verschwiegenheitspflicht. Wir haben deshalb unsere Mitarbeiter belehrt, geschult und auf Einhaltung der Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Arztpraxis oder das Labor rechnet die Leistungen selbst ab oder beauftragt Verrechnungsstellen. Für diese gelten die gleichen Verpflichtungen zum Datenschutz.

Die Arztpraxis informiert Sie auf Wunsch über die Kosten der Laboruntersuchung. Die Rechnungsstellung erfolgt in jedem Fall auf den Namen des Patienten.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG bzw. Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO.

Sie sind nicht gesetzlich verpflichtet, Ihre Daten bereitzustellen. Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages bzw. des Laborauftrags werden sie aber benötigt. Ohne die Daten kann die Laboruntersuchung nicht stattfinden.

### Wofür die Daten verarbeitet werden:

Zur Durchführung labormedizinischer Analysen, ärztlichen Befundung der Analyseergebnisse und Abrechnung der Laborleistungen.

### Wer erhält die Daten:

Behandelnder Arzt, Krankenhaus, Labor, Speziallabor für besondere Analysen, Krankenkasse und privatärztliche Verrechnungsstellen.

### Wie lange werden die Daten gespeichert:

Die Daten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten 10 bis 30 Jahre gespeichert.

Sie haben das Recht,

- Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Der Widerruf wirkt aber nur für die Zukunft, d.h., dass die bis zum Widerruf durchgeführte Datenverarbeitung rechtmäßig bleibt. Der Widerruf kann dazu führen, dass eine weitere Behandlung gegebenenfalls nicht mehr möglich ist;
- Auskunft über die Verarbeitungszwecke Ihrer Daten, die Kategorie der Daten, die Empfänger Ihrer Daten, die geplante Speicherdauer und die Herkunft der Daten zu erhalten.
- die Daten unter bestimmten Voraussetzungen löschen zu lassen oder deren Verarbeitung einzuschränken.
- unrichtige Daten berichtigen und fehlende Daten ergänzen zu lassen.
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen.
- Ihre Daten in einem gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten.

Die Anschrift der für unser Labor zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Hiermit bestätige ich, dass ich die zur dieser Erklärung gehörenden Datenschutzinformationen erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Ich willige ausdrücklich und freiwillig in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten an das unten stehende Labor ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem mich behandelnden Arzt oder dem Labor widerrufen kann. Es genügt die Übersendung einer entsprechenden Mail an:

Mir ist bekannt, dass durch den Widerruf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs nicht berührt wird und der Widerruf nur für die Zukunft wirkt. Ebenso ist mir bekannt, dass möglicherweise durch den Widerruf meine Weiterbehandlung und die Auswertung meiner Laborproben verhindert wird.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

