

## **Betreff: Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das MZEB der Pfeifferschen Stiftungen meine mich betreffenden Behandlungsdaten/ die Behandlungsdaten meines Betreuten/ meiner Betreuten erhebt, aufbewahrt und den gesetzlichen Krankenkassen zu statistischen Zwecken und zur Einzelfallprüfung zur Verfügung stellen darf. Bei diesen Daten handelt es sich um Diagnosen, Grad der Behinderung und Merkzeichen sowie Kontakte, Diagnostik und Empfehlungen des MZEB.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise widerrufen kann. Bei einem Widerruf ist die Behandlung im MZEB der Pfeifferschen Stiftungen nicht möglich.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

## **Besuch in anderen MZEB im selben Quartal**

Hiermit bestätige ich, dass ich in diesem Quartal noch kein anderes MZEB aufgesucht habe und darüber aufgeklärt wurde, dass nur **ein** Besuch in **einem** MZEB **pro** Quartal möglich ist. Es ist nicht möglich, zwei MZEBs in einem Quartal aufzusuchen!

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass durch die

MVZ in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH  
Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung  
Pfeifferstraße 10  
39114 Magdeburg

Meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt  
sowie an:

- die Krankenkassen/Pflegekassen
- Ärzte/Kliniken
- Kassenärztlichen Vereinigungen
- Ärztekammern
- Privatrechtliche Verrechnungsstellen
- Medizinische Dienst der Krankenkassen

Weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden  
Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Pflege der Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse  
oder dem Gast
- Erstellen von Behandlungsberichten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person sowie die meines Betreuers/Bevollmächtigten/ Angehörigen unter Beobachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten sowie die meines Betreuers
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten sowie die meines Betreuers/Bevollmächtigten/ Angehörigen auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist dies zu richten an:

MVZ der Pfeifferschen Stiftungen GmbH  
Medizinische Zentrum für Erwachsenen mit Behinderung  
Pfeifferstraße 10  
39114 Magdeburg

Alle die von Ihnen genannten Daten werden für 30 Jahre im MZEB gelagert, gespeichert und archiviert. Im Anschluss werden die Daten vernichtet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift