



Ihre Fachärzte/-innen  
für Diagnostische  
Radiologie

Überörtliche  
Berufsausübungsgemeinschaft  
**MainRadiologie**  
Dr. med. Isabel Rauner,  
Dr. med. Julian Donhauser et al.  
Fachärztinnen und -ärzte  
in Partnerschaft

# Einverständniserklärung

Patientenname:

(Druckbuchstaben)

Geb.-Datum:

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1 SGB V sowie gem. Informationspflicht Art. 13 DSGVO

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass

meine in der **Berufsausübungsgemeinschaft der MainRadiologie Kitzingen, Ochsenfurt und Karlstadt** gesammelten persönlichen Daten und medizinischen Befunde und Dokumente gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden und innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft MainRadiologie allen behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden;

der mich in der MainRadiologie behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder medizinischen Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten, früheren Befunde und/oder OP Berichte einholt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt;

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt oder mitbehandelnden Facharzt zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen Hausarzt und/oder behandelnden Facharzt (i. d. R. Überweiser) übermittelt.

**Hinweis:** Für andere als die oben genannten Zwecke dürfen die Daten nicht übermittelt oder verwendet werden. Insbesondere werden die erfassten Daten nicht ohne ein gesondertes ausdrückliches Einverständnis Ihrerseits an Versicherungen, Ämter oder Behörden weitergeleitet.

## 1. Zwecke und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Erfassung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten dient dem Zweck der ärztlichen Leistungserbringung und Leistungsabrechnung gemäß den gesetzlichen Vorschriften. Als Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sowie die Dokumentations- und Archivierungspflichten dienen die Musterberufsordnung für Ärzte (MBO), die Vorgaben des Sozialgesetzbuches (SGB) und bei Erbringung von radiologischen Leistungen die Röntgenverordnung (RöV).

Patientenname:

Geb.-Datum:

---

## 2. Dauer der Speicherung

Die erfassten Daten werden entsprechend der unter Punkt 1 genannten, gesetzlichen Vorschriften mindestens 10 Jahre, maximal 30 Jahre gespeichert.

## 3. Information zu Ihren Rechten

- Auskunft: Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, um zu erfahren, welche Daten gespeichert sind.
- Berichtigung: Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten berichtigen zu lassen.
- Löschung: Sie haben jederzeit das Recht, die Daten löschen zu lassen, sofern dies nicht anderen gesetzlichen Vorschriften zur Aufbewahrung widerspricht.
- Widerspruch: Sie haben jederzeit das Recht, der Verarbeitung, Nutzung und Datenübertragbarkeit Ihrer Daten zu widersprechen. Im Rahmen unserer medizinischen Leistungserbringung sind wir jedoch gesetzlich verpflichtet, Ihre persönlichen Daten sowie Daten über die bei Ihnen durchgeführte ärztliche Leistung zu dokumentieren und zu speichern.
- Beschwerde: Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Datum:**

**Unterschrift:**

---