MZEB
Pfeiffersche Stiftungen

Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung

Chefärztin

Dr. med. Sabine Lindquist, PhD
Fachärztin für Neurologie, Sozialmedizin

Sekretariat

Telefon: (0391) 8505 520
Fax: (0391) 8505 530
E-Mail: mzeb@pfeiffersche-stiftungen.de

MZEB Pfeiffersche Stiftungen
Pfeifferstraße 10 | 39114 Magdeburg

Name, Vorname: _____

Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung

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/
ggf. Unterschrift des Betreuers

Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung, im:

Medizinischen Versorgungszentrum der Pfeifferschen Stiftungen GmbH

Geschäftsführer:
Jochen Wensing

Pfeifferstraße 10
39114 Magdeburg

Sitz der Gesellschaft: Magdeburg
Amtsgericht Stendal HRB 5779
USt-IdNr.: DE295244176

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE32 3702 0500 0004 4569 00
BIC: BFSWDE33XXX

Ein Unternehmen der Pfeifferschen Stiftungen zu Magdeburg-Cracau milde Stiftung bürgerlichen Rechts

Theol. Vorständin: Ulrike Petermann
Vorstand: Prof. Dr. Lars Timm

Spendenkonto:
Förderstiftung der Pfeifferschen Stiftungen
Bank für Kirche und Diakonie
IBAN: DE24 3506 0190 1500 0290 10
BIC: GENODED1DKD
Verwendungszweck: MZEB

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass durch die

MVZ in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH

Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung

Pfeifferstraße 10

39114 Magdeburg

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

- die Krankenkassen/Pflegekassen
- Ärzte/Kliniken
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Ärztekammern
- Privatrechtliche Verrechnungsstellen
- Medizinischen Dienst

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 vorstehend 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/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 dieser zu richten an:

MVZ der Pfeifferschen Stiftungen GmbH

Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung

Pfeifferstraße 10

39114 Magdeburg

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift/ ggf. Unterschrift des Betreuers

Besuch in einem anderem MZEB im selben Quartal

Hiermit bestätige ich, dass ich in diesem Quartal noch kein anderes MZEB aufgesucht habe und darüber aufgeklärt wurde, dass die Kostenübernahme für die Behandlung im MZEB Magdeburg nur erfolgt, wenn kein anderes MZEB zuvor in diesem Quartal in Anspruch genommen wurde.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift/ ggf. Unterschrift des Betreuers