



an Fax: 030 49 9198 529

Liebe Patientin, liebe Patient,

Sie sind auf eine dauerhafte Therapie mit gerinnungshemmenden Medikamenten (Marcumar/Falithrom) angewiesen. Ihr Arzt, hat Ihnen vorgeschlagen im Rahmen einer zertifizierten Schulung das Gerinnungs-Selbstmanagement zu erlernen, um zukünftig selbstständig von zu Hause aus Ihre INR-Werte zu ermitteln und die individuelle Dosis Ihres Gerinnungshemmers anzupassen.

Zaidamed ist ein Spezialist für Gerinnungsmanagement. Wir betreuen Patienten, die Ihre Gerinnungswerte zu Hause selber kontrollieren seit über zwanzig Jahren. Mit unserem strukturierten und evaluierten Schulungsprogramm „Gerinnungs-Selbstmanagement“ haben in den vergangenen 20 Jahren bereits 15.000 Patienten erfolgreich den Schritt in die Unabhängigkeit vom Praxislabor getan.

Ihre Schulung soll in Anwesenheit von Mitarbeitern aus der Praxis Ihres verordnenden Arztes erfolgen. Diese erlernen im Rahmen der Hospitation, zukünftige Interessenten selbstständig in das Gerinnungs-Selbstmanagement einweisen können.

Bei der Beantragung der Kostenübernahme für Ihre Schulung und für das Gerinnungsmessgerät bei Ihrer Krankenkasse werden Sie von uns unterstützt. Dafür benötigen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie deshalb, zusammen mit Ihrem verordnenden Arzt, das anhängende Formular aus. Nach Bewilligung der Kostenübernahme und Terminabsprache für die Schulung werden Sie dann von uns geschult und mit dem Gerinnungsmessgerät versorgt.

Ich möchte an einer Schulung „Gerinnungsselbstmanagement teilnehmen:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Anschrift _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Grund der Antikoagulation _____

Therapeutischer Bereich INR _____ bis _____

Mit der Weitergabe meiner Daten an die Zaidamed KG, zur Speicherung und Verarbeitung für die in der umseitigen Aufklärung enthaltenen Zwecke, bin ich einverstanden.

Ort _____, Datum _____, Unterschrift Patient _____

Ort _____, Datum _____, Unterschrift / Stempel Arzt _____

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß der DSGVO**

Verarbeitungszwecke der Daten:

- Schulungen, Beratungen, Informationen
- Erbringung von Dienstleistungen (Schulung, Information, Betreuung), die direkt im Zusammenhang mit dem Hilfsmittel stehen, sowie sonstiger Dienstleistungen
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragsansprüchen
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbetreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)
- Rückrufaktionen
- Forschung und Lehre

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Kriterien zur Speicherdauer:

Personenbezogene Daten werden bis zur vollständigen Erreichung des Erhebungszwecks oder –im Falle der Weiterverarbeitung- des Weiterverarbeitungszweckes verarbeitet. Bei vollständiger Zweckerreichung werden die Daten auf Antrag gelöscht.

Empfänger personenbezogener Daten:

- Krankenkassen, Krankenversicherungen zur Antragstellung und Abrechnung
- Abrechnungszentren, Factoringunternehmen
- Überweisende und Nachsorge-Institutionen, Ärzte
- Gerichte, Behörden und oder Vollstreckungsorgane (im Falle der Nichtzahlung)
- Drittschuldner
- Sicherungsgeber und -nehmer
- Gläubiger des Betroffenen
- Banken
- Vertreter rechts- und wirtschaftsberatender Berufe
- Auskunftfeien
- E-Mail-Server oder Server der o.g. Empfänger, sowie Übertragungsdienstleister

Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung betroffener nach Art. 15 bis 22 der DSGVO:

Sie haben Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit Widerspruchsrecht gegen Verarbeitungen, die auf berechnigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden.

Information über die Verpflichtungen zur Bereitstellung von Daten durch Sie als Betroffenen:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Versorgungsvertrag zwischen Ihnen und Zaidamed sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Diagnosen und Therapieempfehlungen die Sie, Ihre behandelnden Ärzte oder Pflegedienstleister uns vorlegen.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Versorgung durch Zaidamed. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Versorgung nicht erfolgen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Zaidamed KG, Triftstr. 45, 13353 Berlin, Tel 030 49 91 98 50, Fax 030 49 91 98 529, E-Mail: kontakt@zaidamed.de

Die zuständige Datenschutzbeauftragte bei Zaidamed ist Annette v. Hahn, Zaidamed KG, s. obige Adresse, E-Mail annette.v.hahn@zaidamed.de

Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die in der Aufklärung enthaltenen Zwecke durch die Zaidamed KG zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich, auch per Email widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.