



## Wichtige Informationen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben sich in unserem Facharztzentrum behandeln zu lassen. Damit wir Sie individuell beraten und behandeln können, benötigen wir Ihre aktive Unterstützung. Für die Übernahme ihrer Behandlung, benötigen wir eine Überweisung für:

- ✓ **„Neurochirurgie“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer/MU Dr. Martin Vazan)** oder
- ✓ **„Schmerztherapie“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer)**

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin in unserer Praxis alle persönlichen Krankheitsunterlagen mit. Hierzu zählen insbesondere:

- ✓ **Alle CDs** mit Röntgen-, Computertomographie- (CT) und Kernspintomographie- (MRT) Bildern
- ✓ **Medizinische Befunde** (z.B. Neurologie, Kardiologie, Entlassungsbriefe, OP-Berichte)
- ✓ **Aktueller Medikamentenplan**

Ihre Behandlung in unserer Praxis beinhaltet Maßnahmen der Befunderhebung und Therapieformen die Ihrer Einwilligung bedürfen. Bitte lesen Sie hierzu die folgende Aufklärung genau durch.

- ✓ **Einwilligung in die ärztliche Behandlung**

Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, bitten wir um eine Absage unter:

Dr. med. Mark Klingenhöfer: Tel. 0351/48488488 oder E-Mail [Praxis.Klingenhoefer@WRZ-DD.de](mailto:Praxis.Klingenhoefer@WRZ-DD.de)

MU Dr. Martin Vazan: Tel. 0351/48521477 oder E-Mail [Praxis.Vazan@WRZ-DD.de](mailto:Praxis.Vazan@WRZ-DD.de)

- ✓ **Honorarausfall-Vereinbarung**

Um einen Überblick über Ihre Beschwerden und schon durchgeführte Behandlungen zu bekommen, bitten wir Sie den folgenden **„Patientenfragebogen Erstvorstellung“** vollständig auszufüllen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen in unsere Praxis und stehen Ihnen für Fragen oder bei einer ggf. notwendigen Hilfe beim Ausfüllen der Bögen zur Verfügung!

Ihr

Praxisteam



---

## Einwilligung in die ärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Behandlung in unserer Praxis beinhaltet Maßnahmen der Befunderhebung und Therapieformen die Ihrer Einwilligung bedürfen.

Hierzu zählen unter anderem die Abfrage von medizinischen Daten, die Anwendung manualmedizinischer Techniken, Medikamentengaben und Injektionen mit und ohne Durchleuchtung. Die Auswahl der Maßnahmen wird auf Ihre Erkrankung abgestimmt und mit Ihnen vorab besprochen.

Die chirotherapeutische Behandlung an den Extremitäten kann muskelkaterähnliche Symptome hervorrufen. Zurzeit sind keine schwerwiegenden Folgen bekannt. Bei der Behandlung im Bereich der Wirbelsäule treten extrem selten schwerwiegende Komplikationen (z. B. Schädigung oder Beeinträchtigungen von Nerven) auf. Weitaus seltener (1:400 000 bis 1:1 200 000 Fälle) sind Schädigungen der Arterien, die das Gehirn versorgen. Wir raten zur manualmedizinischen Behandlung nur dann, wenn der zu erwartende Heilerfolg die extrem seltenen Risiken deutlich überwiegt.

Als Ergänzung zur chirotherapeutischen Behandlung setzen wir die therapeutische Lokalanästhesie zur Schmerzlinderung und zur Muskelentspannung ein. Bei Bedarf erfolgt die Injektionsbehandlung auch unter Röntgendurchleuchtung und ggf. nach einer Kontrastmitteldarstellung der zu behandelnden Struktur. Nach Injektionen (Einspritzungen) oder Punktionen (Absaugen von Flüssigkeiten) kann es zum Beispiel zu kleinen Einblutungen oder Nervenreizungen kommen. Infektionen eines Gelenkes oder des Gewebes in der Umgebung der Einstichstelle kommen trotz korrekter Techniken vor, sind aber extrem selten (ca. 1 : 30.000). Allergische Reaktionen können bei allen Medikamenten (Injektionen, Tabletten) auftreten.

Wenn Sie nach der Injektion (Spritze) Fieber, Schmerzen, Rötung oder Schwellung in der behandelten Region oder am ganzen Körper feststellen, unterrichten Sie bitte sofort uns, den ärztlichen Notdienst oder suchen Sie bitte den Zentralen Aufnahmedienst eines Krankenhauses auf.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung des Patienten:

Name (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

Über die mir vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sowie mögliche unerwünschte Wirkungen und ihre Folgen bin ich informiert worden und habe keine offenen Fragen.

Mit der Behandlung bin ich einverstanden.

Das Original der „Einwilligung in die ärztliche Behandlung“ erhalten Sie nach Dokumentation in unserem Patientensystem zurück.

Dresden, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten oder  
des gesetzlichen Vertreters

---

Unterschrift des behandelnden Arztes



---

## Honorarausfall-Vereinbarung

Für den Fall, dass ich

Name (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

den mit o. g. Praxis vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann, ohne diesen mindestens 24 Stunden vorher (z. B. telefonisch – auch Anrufbeantworter, schriftlich – E-Mail/Kontaktformular über Homepage [www.WRZ-DD.de](http://www.WRZ-DD.de), persönlich, ...) abgesagt zu haben, verpflichte ich mich zur Zahlung eines pauschalen Schadensersatzes wegen der entgangenen Einnahme der Praxis von 50,- €.

Mir ist bekannt, dass es sich bei der o. a. Einrichtung um eine reine Bestellpraxis handelt und die für mich eingeplante Zeit nicht anderweitig genutzt werden kann.

Die Zahlung für den Ausfall der Behandlung wird nicht von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet.

Dresden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder  
des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes



---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

**Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraut behandelt.**

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Titel: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich Haben Sie Kinder (Anzahl/Alter): \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

ich lebe allein  Ehepartner/Partner  Kinder  Schwieger-/Eltern

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Sozialrechtliche Situation

S1) Sind Sie zurzeit berufstätig? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

Ja, ich bin zurzeit berufstätig, d. h. ich habe einen Arbeitsplatz  → weiter Frage S2

Nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

Ich habe zuletzt gearbeitet als: \_\_\_\_\_ → weiter Frage S5

### Die Fragen S2 – S4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S2) Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? \_\_\_\_\_

S3) Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?  Ja  Nein

Wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an  
Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?  Ja  Nein

S4) Wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig? \_\_\_\_\_ (0 – 92 Tage)

Ich bin durchgehend arbeitsunfähig  seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### Die Frage S5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S5) Wenn Sie zurzeit nicht berufstätig sind, sind Sie

Schüler/in, Student/in  Hausfrau/Hausmann  
 berentet  arbeitslos /erwerbslos: seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

S6) Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen?

Ja  Nein

Haben Sie einen Rentenanspruch/Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der noch nicht entschieden ist?

Nein  Ja, wegen: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ist bereits ein Rentenanspruch abgelehnt worden?  Ja  Nein

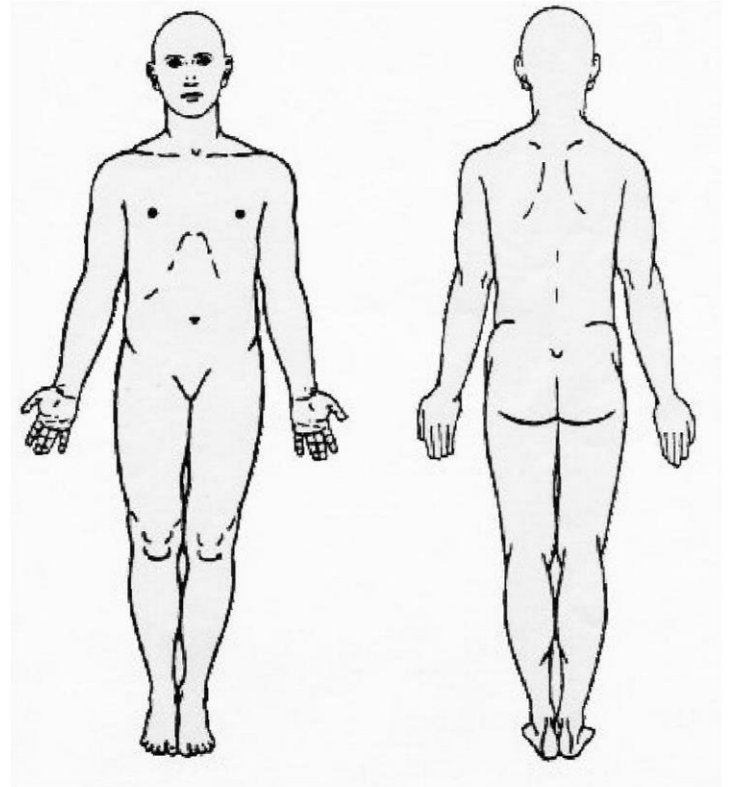
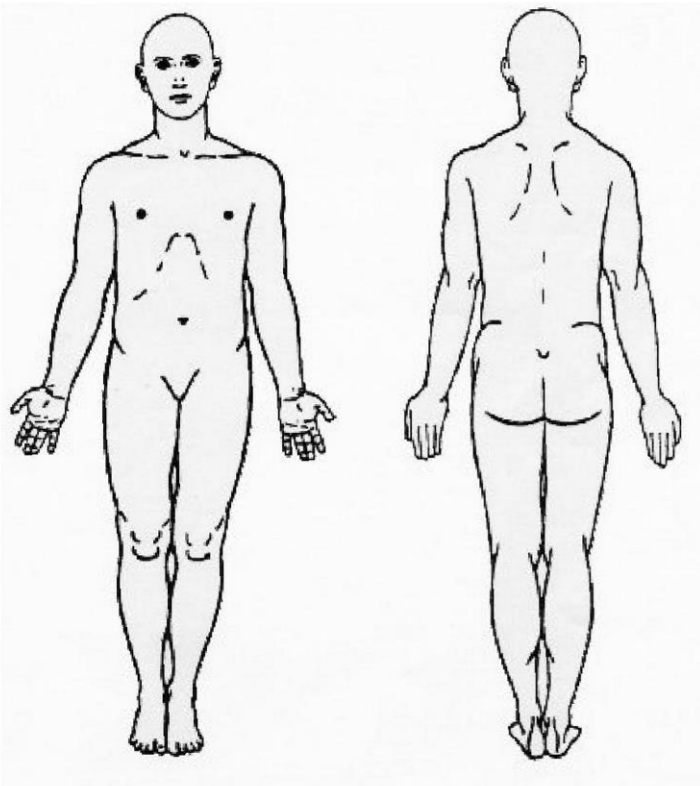
Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im Widerspruchsverfahren?  Ja  Nein

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen neben den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung. Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

1. Malen Sie bitte in die nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung). Tragen Sie in die beiden linken Schemata ein, wo Ihre Hauptschmerzen sind, in die rechten Schemata, wo Sie sonst noch Schmerzen haben. Bitte kreuzen Sie zusätzlich die Orte an, an denen die Schmerzen an der Wirbelsäule sind und ob die Schmerzen in die Arme- und/oder Beine ausstrahlen.

### Hauptschmerzort

### Sonstige Schmerzorte



- Halswirbelsäule     Brustwirbelsäule     Lendenwirbelsäule     Steißbein  
 Arm(e)                     rechts     links     bds.  
 Bein(e)                     rechts     links     bds.

2. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen?

\_\_\_ Tagen    \_\_\_Wochen    \_\_\_Monaten    \_\_\_Jahren

3. Lähmungen (Schwäche) an den Armen/Händen/Beinen oder Füßen bestehen:     ja     nein

Wenn ja, seit wann:            \_\_\_ Tagen    \_\_\_Wochen    \_\_\_Monaten    \_\_\_Jahren

Wenn ja, beschreiben Sie es kurz: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Der Wert 0 bedeutet „Ich habe keine Schmerzen“, der Wert 10 bedeutet „Meine Schmerzen sind so stark, stärkere kann ich mir nicht vorstellen“.

4. Schmerzen an der Wirbelsäule in Ruhe (z.B. im Sitzen oder Liegen):

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

5. Schmerzen an der Wirbelsäule bei Belastungen (z.B. beim Stehen und Laufen):

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

6. Schmerzen in den Armen oder Beinen:

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

7. Die Schmerzen werden beim Laufen oder bei Belastungen:

geringer  stärker  unverändert wahrgenommen

8. Ich muss nach aufgrund der Schmerzen oder Schwäche stehen bleiben nach:

0-50m  50-100m  100-500m  >500

9. Die angegebenen Beschwerden (Schmerzen/Lähmungen) werden in den letzten Tagen:

geringer  stärker  unverändert wahrgenommen

10. Bezogen auf die letzten 6 Monate, wie stark haben Ihre Hauptschmerzen Sie daran gehindert, Ihrem Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen, etc.) nachzugehen?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

11. Bezogen auf die letzten 6 Monate, in welchem Maße haben die Hauptschmerzen Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

12. Bezogen auf die letzten 6 Monate, wie stark haben Ihre Hauptschmerzen Ihre Arbeitsfähigkeit (inklusive Hausarbeit) beeinträchtigt?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

13. Auf welche Ursache führen Sie Ihre Hauptschmerzen zurück? (Mehrfachnennungen möglich)

auf Krankheit  auf Operation  auf Unfall

- auf körperliche Belastung       auf seelische Belastung       auf Vererbung  
 auf eine andere Ursache \_\_\_\_\_  
 für mich ist keine Ursache erkennbar

14. a) Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

- |                                                                                           | Lindernd (-), kein Einfluss (±), verstärkend (+) |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
|                                                                                           | -                                                | ±                        | +                               |
| <input type="checkbox"/> körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen) | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> psychische Belastung (z.B. Stress, Ärger, Aufregung)             | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)   | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen                      | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> sich ausruhen, hinlegen, ruhighalten                             | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen                | stimmt nicht <input type="checkbox"/>            |                          | stimmt <input type="checkbox"/> |

14. b) Welche Sportarten üben Sie regelmäßig aus?

<i>Sportarten</i>	<i>Häufigkeiten</i>

14. c) Sind Sie Mitglied in einem Verein oder Fitnessstudio?

Nein       Ja , bei \_\_\_\_\_ (Name)

15. Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal operiert?

Nein       Ja

<i>Art der Operation</i>	<i>Datum</i>



Mehr als 2 Schmerzoperationen:                      Nein                       Ja  [     ] Mal

16. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt?

Nein                       Ja

<i>Art der Operation</i>	<i>Datum</i>

17.a) Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder „nach Bedarf“.

Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

<i>Medikament</i>	<i>Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)</i>	<i>Dosierung</i>	<i>Zeitraum</i>
<i>Beispiel Paracetamol</i>	<i>Tablette 500mg</i>	<i>3x1 pro Tag</i>	<i>Jan-März 2010</i>

17.b) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Heparin, Marcumar), immunsuppressive Medikamente (z.B. Cortison, Chemotherapeutika), Hormonpräparate und / oder Osteoporosepräparate ein?

<i>Medikament</i>	<i>Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)</i>	<i>Dosierung</i>	<i>Zeitraum</i>

17.c) Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?

Nein

Ja

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern?

\_\_\_\_\_

18. Bitte beantworten Sie, welche Behandlungen Sie wegen Ihrer Hauptschmerzen schon erhalten haben.

<i>Therapie</i>	<i>Zeitraum</i>	<i>gute Linderung</i>	<i>wenig Linderung</i>	<i>nur kurze Linderung</i>	<i>kein Einfluss</i>	<i>Verschlechterung</i>
Spritzen, lokale Injektionen						
Periradikuläre Therapie						
Einrenken, Chirotherapie						
Krankengymnastik						
Massage						
Wärme, Fango						

Bettruhe						
Kälteanwendung						
TENS-Gerät						
Akupunktur						
Schmerzmedikamente						
muskelentspannende Medikamente						
Traktion, Aushängen						
Operation						
Schmerzklinik						
Stationäre Reha, Kur						
Ambulante Reha						
Sonstiges _____						

19.a) Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

19.b) Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten wesentlich verändert?

- Nein
- Ja, ich habe in den letzten \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ kg abgenommen.
- Ja, ich habe in den letzten \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ kg zugenommen.

20. Haben Sie in den letzten Monaten eine größere Infektion gehabt?

Nein                       Ja

Wenn ja, beschreiben Sie es kurz:

21. Haben Sie Störungen bei der Kontrolle von Stuhlgang und Wasserlassen?

Nein

Ja

Wenn ja, beschreiben Sie es kurz:

---

22. Sind bei Ihnen andere schwerwiegende Erkrankungen bekannt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Im Anschluss können Sie genauere Angaben machen.

- |                                                     |                               |                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Herzerkrankungen                                 | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| b. Kreislauferkrankungen                            | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| c. Bösartige Erkrankungen / Tumore                  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| d. Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| e. Stoffwechselerkrankungen                         | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| f. Lungenerkrankungen                               | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| g. Magen-Darm- und Enddarmkrankungen                | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| h. Harnwegserkrankungen                             | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| i. Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Gallenleiden       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| j. Erkrankungen der Unterleibs-/ Geschlechtsorgane  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zu Punkt a.  b.  c.  d.  e.  f.  g.  h.  i.  j.

---

23. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind Ihnen bekannt?

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxisgemeinschaft Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:  
Praxisgemeinschaft WRZ-DD  
Borsbergstraße 44, 01309 Dresden  
Telefon: 0351 48488488

So erreichen Sie den zuständigen Datenschutzbeauftragten:  
Dr. med. Mark Klingenhöfer  
Borsbergstraße 44, 01309 Dresden  
E Mail: datenschutz@wrz-dd.de

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter  
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden  
Telefon: 0351 4935401 / E Mail: saechs@stl.sachsen.de

### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Datum:

Zur Kenntnis genommen: