



## Arztpraxis Magiera

Dr. med. Patrick Magiera  
Facharzt für Innere Medizin | Facharzt für Allgemeinmedizin  
Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin  
Brockwinkler Str. 2, 21391 Reppenstedt  
info@arztpraxis-magiera.de | Tel.: +49 4131 63166

# Datenschutzerklärung, Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie Behandlungsvertrag für Selbstzahler in der Reisemedizin

## Verantwortlicher im Sinne der DSGVO

Dr. med. Patrick Magiera  
Brockwinkler Str. 2, 21391 Reppenstedt  
info@arztpraxis-magiera.de | +49 4131 63166

*Sofern Sie Fragen zum Datenschutz haben, können Sie sich jederzeit an die oben genannten Kontaktdaten wenden.*

## 1. Zweck der Datenverarbeitung

Im Rahmen der reisemedizinischen Beratung bzw. Untersuchung als Selbstzahler werden Ihre personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten verarbeitet zum Zweck:

- der Durchführung reisemedizinischer Beratungen und Impfungen
- der Abrechnung der ärztlichen Leistungen über ein externes Abrechnungszentrum

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist für die Durchführung der Beratung bzw. Untersuchung erforderlich. Ohne diese Angaben kann die gewünschte Leistung nicht erbracht werden.

Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 DSGVO statt.

## 2. Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis folgender Vorschriften:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO – zur Erfüllung des Vertragsverhältnisses
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO – für Zwecke der Gesundheitsvorsorge und Diagnostik
- § 203 StGB – ärztliche Schweigepflicht
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO – sofern Ihre Einwilligung erforderlich ist

## 3. Welche Daten werden verarbeitet?

### Personenbezogene Daten:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer

### **Besondere Kategorien personenbezogener Daten:**

- Gesundheitsdaten (z. B. Anamnesen, Untersuchungsbefunde, Diagnosen, Testergebnisse, Impfstatus, Empfehlungen, Tauglichkeitsbewertungen)

## **4. Weitergabe von Daten**

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich:

- An das von mir beauftragte Abrechnungszentrum (ARCO GmbH, [www.arcogmbh.de](http://www.arcogmbh.de)) zur Abwicklung der privatärztlichen Abrechnung. Das Abrechnungszentrum ist zur Vertraulichkeit nach DSGVO und § 203 StGB verpflichtet.
- Im Falle einer Blutentnahme an LADR Der Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen, Lauenburger Str. 67, 21502 Geesthacht, zur Durchführung der Analysen. Das Labor ist ebenfalls zur Vertraulichkeit verpflichtet.
- Ggf. an Sie selbst in Form eines ärztlichen Befunds oder einer Tauglichkeits-/Eignungsbescheinigung.

Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte (z. B. Arbeitgeber oder Behörden), es sei denn, Sie haben dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt.

## **5. Dauer der Speicherung**

Ihre Daten werden gemäß gesetzlicher und ärztlicher Aufbewahrungsfristen gespeichert:

- Mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Untersuchung gemäß § 630f BGB
- Ggf. länger nach berufsrechtlichen Vorgaben

Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden Ihre Daten gelöscht oder anonymisiert, sofern keine weiteren gesetzlichen Pflichten zur Aufbewahrung bestehen.

## **6. Ihre Rechte gemäß DSGVO**

Sie haben folgende Rechte:

- Auskunft über die gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer Daten, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

## **7. Einwilligung zur Datenverarbeitung und Rechnungsabwicklung**

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der reise-/sportmedizinischen Beratung bzw. Untersuchung verarbeitet und gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten zum Zweck der Abrechnung an das Abrechnungszentrum ARCO GmbH übermittelt werden.

Ich willige im Falle einer Blutentnahme in die Datenübermittlung an den Laborverbund LADR ein.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Rechnungen/Laborbefunde/Bescheinigungen an meine angegebene E-Mail-Adresse übermittelt wird.

*Hinweis: Der Versand per E-Mail erfolgt passwortgeschützt (Passwort: Ihr Geburtsdatum im Format TTMMJJJJ), jedoch über einen unverschlüsselten Übertragungsweg. Mit meiner Einwilligung akzeptiere ich dieses Restrisiko.*

Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung keine medizinischen Informationen an Dritte weitergegeben werden.

## 8. Erklärung zur Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) und Behandlungsvertrag

Hiermit erkläre ich, dass ich bei Herrn Dr. med. Patrick Magiera die Durchführung folgender Individueller Gesundheitsleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausdrücklich wünsche:

### Reisemedizinische Leistungen (Preise gemäß GOÄ, Steigerungsfaktor 2,3 bis 3,5):

- Kurze Reiseimpfberatung (GOÄ Ziffer 3): 20,11 – 30,60 €
- Reisemedizinische Beratung > 20 Min. (GOÄ Ziffer A34): 61,20 €
- Reisemedizinische Beratung > 30 Min. (GOÄ Ziffer A31): 91,80 €
- Reisemedizinische Beratung > 40 Min. (GOÄ Ziffer A860): 123,34 €
- Beratung für Reiserücktritt (GOÄ Ziffer 1): 10,72 € zzgl. 19 % USt.
- Beratung für Auffrischungsimpfungen (GOÄ Ziffer 1): 10,72 €
- Erstellung eines Impfplanes (GOÄ Ziffer 70): 5,36 €
- Ausführliche Reiseinformationsmaterialien (GOÄ Ziffer 75): 17,43 €
- Schutzimpfung (GOÄ Ziffer 375): 10,72 €
- Schutzimpfung oral, z. B. Typhus, Cholera (GOÄ Ziffer 375/376): 10,72 – 16,32 €
- Zusätzliche Impfungen in derselben Sitzung (GOÄ Ziffer 377): 6,70 € je Impfung

Sonstige gewünschte Leistungen:

:

---

Ich erkläre mich ausdrücklich bereit, die Kosten dieser Leistungen privat zu tragen.

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zahlbar und unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Dritte (z. B. private Krankenversicherung).

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und in der Regel nicht erstattet werden.

*Ich habe eine Kopie dieser Erklärung erhalten.*

## **Persönliche Angaben**

*(Bitte leserlich ausfüllen)*

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

---

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

## **Hinweis zum Widerruf**

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt. Der Widerruf kann schriftlich oder per E-Mail an die oben genannten Kontaktdaten erfolgen.