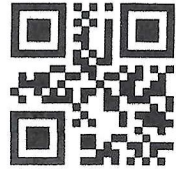


## INFORMATION FÜR PATIENTEN / GESETZLICHE VERTRETER (BETREUER)



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

das BEP Augenärzte MVZ (Bergedorfer Str. 105, 21029 Hamburg) bietet in Ihrer Pflegeeinrichtung augenärztliche Untersuchungen für die Bewohner an. Sofern diese in Anspruch genommen werden sollen, lesen Sie oder der (gesetzliche) Vertreter bitte nachfolgende Information, beantworten untenstehende Fragen und unterzeichnen am Ende des Dokuments.

### Wie wird die augenärztliche Behandlung durchgeführt?

Speziell geschultes medizinisches Personal der Firma Mirantus Health GmbH, Saarbrücker Straße 36, 10405 Berlin, führt vor Ort in der Pflegeeinrichtung die Untersuchung der Augen, von den Fachärzten der Praxis delegiert, durch. Die Untersuchungsergebnisse werden dem behandelnden Arzt übermittelt. Der behandelnde Arzt wird im Rahmen einer Videosprechstunde mit dem Bewohner in Kontakt treten und die Untersuchungsergebnisse und das weitere Prozedere erläutern. Dazu werden in der Pflegeeinrichtung große Bildschirme aufgebaut und bei Bedarf ggf. bei der Teilnahme an der Videosprechstunde unterstützt.

Es handelt sich um Früherkennungs- und Check-Up Routine Untersuchungen, mit Hilfe derselben Geräte, die auch in einer Augenarztpraxis zur Verfügung stehen. Konkret wird zur Beurteilung der Funktion des Auges die Sehkraft geprüft. Ferner wird eine Untersuchung mit Hilfe der Spaltlampe stattfinden. Zur Erfassung von Netzhautveränderungen wird eine Aufnahme vom Augenhintergrund aufgenommen. Außerdem können mit einem weiteren Messgerät die aktuellen Stärken der getragenen Brille bestimmt werden.

Als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) können wir Ihnen die Messung des Augeninnendrucks in Verbindung mit Bestimmung der Aushöhlung (Exkavation) des Sehnervenkopfes zur Früherkennung eines grünen Stars (Glaukoms) anbieten. Patienten, bei denen bereits eine derartige Erkrankung bekannt ist oder der Verdacht darauf besteht, erhalten die Untersuchung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sollten diese Bedingungen nicht vorliegen und die Gesetzliche Krankenkasse die Kosten für die Untersuchung nicht übernehmen, kann die Prüfung des Augeninnendrucks als Vorsorgemaßnahme wahrgenommen werden. In diesem Fall müssen die Kosten von Patienten selbst übernommen werden. Die genauen Kosten können Sie der beigefügten Honorarvereinbarung entnehmen. Bei allen Untersuchungen handelt es sich um nicht invasive, nahezu risikofreie Untersuchungen.

Leistungen, welche die gesetzliche Krankenkasse nicht übernimmt, werden nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin und nach Unterzeichnung einer Honorarvereinbarung (separates Dokument anbei) durchgeführt.

Sofern Bewohner einen gesetzlichen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) haben, muss dieser einwilligen.

### Patientenwahlrecht

Jeder Patient hat die freie Arztwahl und kann bei einem Augenarzt seiner/ ihrer Wahl einen Termin in Anspruch nehmen. Möglicherweise sind Sie oder die von Ihnen vertretene Person auch bereits in augenärztlicher Behandlung. Es steht Ihnen bzw. der von Ihnen vertretenen Person daher frei, diese in der Einrichtung stattfindende Untersuchung wahrzunehmen. Wir möchten Sie in diesem Fall motivieren, die geplanten Kontrollen bei Ihrem Augenarzt weiterhin in der gebotenen Regelmäßigkeit wahrzunehmen und dieses Angebot als Ergänzung zu verstehen.

Folgende Person (z.B. Angehörige) soll an der Videosprechstunde zwischen Arzt und Bewohner teilnehmen (optional), und darf hierzu kontaktiert werden: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname des Bewohners: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname des gesetzl. Vertreters: \_\_\_\_\_

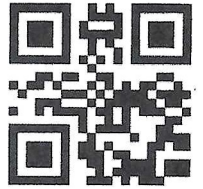
Email: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Ich, (Vorname:) \_\_\_\_\_ (Nachname:) \_\_\_\_\_, habe die Information gelesen und möchte von der oben genannten Praxis wie beschrieben in der Pflegeeinrichtung augenärztlich untersucht werden bzw. dass die von mir betreute Person von der oben genannten Praxis wie beschrieben in der Pflegeeinrichtung augenärztlich untersucht wird.

Bitte hier  
unter-  
schreiben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

### Persönliche Angaben

#### Patient

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat/mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Gesetzlich** versichert bei:

\_\_\_\_\_

**Privat** versichert bei:

\_\_\_\_\_

Hauptversicherter mit Name/Anschrift/Geb.-Datum/Kontakt Daten, falls nicht Patient:

\_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger, wenn nicht Patient \_\_\_\_\_

#### Gesetzlicher Vertreter, falls vorhanden:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat/mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Art der Vertretung:  gerichtlich bestellter Betreuer

Hier bitte Art der Betreuung angeben (z.B. Gesundheitspflege, Vermögenssorge):

\_\_\_\_\_

Bevollmächtigter

Hausarzt, Adresse \_\_\_\_\_

#### Schweigepflichtentbindung für Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung

Um auch Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung, in der ich lebe, Befunde mitteilen zu lassen, oder diese Personen über meinen aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, entbinde ich meinen behandelnden Arzt gegenüber Mitarbeitern der von mir bewohnten Pflegeeinrichtung von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist jederzeit für die Zukunft widerruflich. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig.

Bitte hier  
unter-  
schreiben



Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter





Liebe Patientin, lieber Patient,  
Um Sie optimal behandeln zu können, füllen Sie bitte nachfolgenden Fragebogen aus. Vielen Dank!

Name	Geburtsdatum	Alter	Geschlecht		
_____	/ /	Jahre	<input type="radio"/> Mann	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Divers

**Aktuelle Beschwerden an den Augen**

- Keine
- Sehverschlechterung Ferne  rechts  links
- Sehverschlechterung Nähe  rechts  links
- Fremdkörper- & Druckgefühl  rechts  links
- Schmerzen  rechts  links
- Augenbrennen  rechts  links
- Augentränen  rechts  links
- Augenrötung  rechts  links
- Fliegende Mücken  rechts  links
- Doppelsehen (seit wann?)
- Blendempfindlichkeit
- Sonstiges, bitte beschreiben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sehhilfen, falls vorhanden:**

- Lesebrille  Fernbrille
- Gleitsichtbrille  Kontaktlinsen
- Vergrößernde Sehhilfe (z.B. Lupe)  Bifokalbrille

In welchem Alter hatten Sie erstmals eine Brille?

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente / Augentropfen**

Medikamente bitte angeben:

\_\_\_\_\_

Augentropfen bitte angeben:

\_\_\_\_\_

- Siehe beigefügter Plan

**Bekannte Augenerkrankungen / Operationen**

Wurden Sie bereits an den Augen operiert / gelasert oder haben eine Injektion erhalten? Falls ja, welche Operation / welches Auge?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Keine Augenerkrankungen bekannt
- Erhöhter Augendruck/ Glaukom (Grüner Star) (seit wann?)
- (Schwere) Augenverletzung (welche?)

\_\_\_\_\_

- (Schwere) Augenentzündungen (welche?)

\_\_\_\_\_

- Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- Diabetische Netzhautveränderungen (seit wann?)
- Netzhautrisse oder Netzhautablösung
- Sonstige, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

Waren als Kind beide Augen gleich gut oder war ein Auge schon immer schlechter?

\_\_\_\_\_

**In der Familie bekannte Augenerkrankungen:**

Falls in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern / Geschwister / Kinder) Augenerkrankungen bekannt sind, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allgemeine Allergien / Erkrankungen**

- Allergien: falls ja, welche?: \_\_\_\_\_  Infektionskrankheiten (HIV, Tbc, Virushepatitis): \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  Typ I  Typ II  Diät  Medikamente, welche?: \_\_\_\_\_  Insulin
- Bluthochdruck  Herzinfarkt  Hirnblutung oder Schlaganfall  Thrombose oder Lungenembolie  Demenz
- Rheumatische Erkrankung, welche? \_\_\_\_\_  Schilddrüsenerkrankung, welche?: \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung, welche?: \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Die Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Art. 13 DSGVO) wurden mir zusammen mit dem Aufnahmebogen ausgehändigt.

Bitte hier unterschreiben		_____	_____
		Ort, Datum	Unterschrift (Patient oder gesetzliche(r) Vertreter)



## Datenschutzrechtliche Hinweise zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, für deren Verarbeitung meine Einwilligung die Rechtsgrundlage ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis als Datenverantwortlichen widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

## Einwilligung in die Datenweitergabe

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Wünschen Sie die Datenweitergabe an weitere Leistungserbringer durch uns, dann willigen Sie hierzu bitte nachfolgend ein. Ihre Daten übermitteln wir ausschließlich an die von Ihnen angegebenen Leistungserbringer im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung.

## Widerrufsrecht, Art. 7 Abs. 3 DSGVO

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Die Einwilligung kann von Ihnen gegenüber der Arztpraxis (z.B. E-Mail an [datenschutz@bep.de](mailto:datenschutz@bep.de)) jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

*Im Übrigen verweisen wir auf unsere Datenschutzhinweise, die in der Praxis aushängen/ausliegen/die Ihnen bei Ihrem Ersttermin ausgehändigt wurden/die Sie online auf [www.bep.de/datenschutzerklaerung](http://www.bep.de/datenschutzerklaerung) abrufen können.*

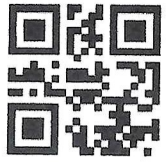
Bitte hier  
unter-  
schreiben



Ort, Datum

Unterschrift (Patient oder  
gesetzliche(r) Vertreter)





## Honorarvereinbarung für gesetzlich versicherte Patienten

Zwischen BEP Augenärzte MVZ (Bergedorfer Str. 105, 21029 Hamburg) und dem Patienten:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift; ggf. Vertretungsberechtigter

Die Praxis und der Patient treffen nach Absprache und auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten gemäß § 2 GOÄ eine individuelle Honorarvereinbarung. Die Honorarvereinbarung wird nur dann wirksam (aufschiebende Bedingung), wenn kein Verdacht auf eine Augenerkrankung vorliegt (weshalb diese Untersuchung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen würde) und die Untersuchung ausschließlich als Früherkennungsmaßnahme durchgeführt werden soll. Nur für diesen Fall wünsche ich die Leistungserbringung auf Selbstzahlerbasis durch die Praxis.

Folgende Leistungen werden mit dem vereinbarten Betrag und Steigerungsfaktor berechnet:

Bezeichnung der Leistung	GOÄ Ziffer	€-Betrag Einzelsatz	Steigerungsfaktor	€-Betrag
Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte	1240	4,31 €	2,3	9,92€
Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	1256	5,83 €	2,5	14,57€
<b>Gesamt</b>				<b>24,49€</b>

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meines behandelnden Arztes zustande gekommen.

Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Sachverhaltes:

- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ich möchte diese Leistungen dennoch in Anspruch nehmen.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar an sich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, sie sind bei mir jedoch medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und dürfen somit nicht zulasten der GKV erbracht und abgerechnet werden.

Mein behandelnder Arzt hat mich darüber aufgeklärt, dass die von mir gewünschte Behandlung in diesem Fall nicht mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden kann bzw. dass ich für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse habe und diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert wird.

Eine Kopie dieser Vereinbarung wurde mir ausgehändigt.

<p>Bitte hier unterschreiben </p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Arzt</p>	<p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Patient oder gesetzliche(r) Vertreter</p>
---	--



## 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 Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

BEP Augenärzte MVZ GmbH  
Dr. Bunse Dr. Elsner Dr. Pörksen  
Bergedorfer Str. 105  
21029 Hamburg  
E-Mail: info@bep.de

Datenschutzbeauftragter: Karin Twesten E-Mail: datenschutz@bep.de

### 2. ART DER DATEN/ DATENVERARBEITUNG

Unsere Praxis bietet privat- und kassenärztliche Versorgung an. Bei gesetzlich versicherten Patienten lesen wir bei jedem Besuch die elektronische Gesundheitskarte in unser elektronisches Praxisverwaltungssystem ein. Dabei werden Name, Adresse, Krankenkasse und Versicherungsnummer gespeichert. Bei privatversicherten Patienten oder Selbstzahlern erheben wir ebenfalls personenbezogene Daten. Wir erheben hierbei Name, Adresse, Kontaktdaten, Name der Krankenversicherung. Alle Patienten füllen beim Erstkontakt einen Anamnesebogen aus, durch welchen wir soziale und medizinische Daten abfragen und speichern. Im weiteren Kontakt erheben wir dann Befunde, Diagnosen, Therapien und speichern alle Daten, die in Zusammenhang mit ihrer Behandlung in unserer Praxis anfallen (u.a. auch Rezepte, sonstige Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Laborberichte, Fremdbefunde, usw.).

Findet der Erstkontakt über eine Videosprechstunde statt, identifizieren wir den gesetzlich versicherten Patienten in der Videosprechstunde anhand seiner elektronischen Gesundheitskarte, die er in die Kamera hält.

Wir verarbeiten außerdem Daten zur Abrechnung unserer Leistung mit den Kostenträgern oder den Patienten selbst. Bei der Behandlung von Patienten in Pflegeeinrichtungen beauftragen wir medizinisch geschultes Personal der Mirantus Health GmbH, Saarbrücker Straße 36, 10405 Berlin, welches die Untersuchungen am Patienten im Pflegeheim vor Ort durchführt. Mirantus agiert hierbei datenschutzrechtlich als Auftragsverarbeiter für die Praxis. Wir nutzen hierbei außerdem einen zertifizierten Videodienst, über welchen wir Videosprechstunden mit den Heimbewohnern durchführen können. Die Pflegeeinrichtung erhält von uns nur dann Informationen und personenbezogene Daten, wenn Sie unsere Ärzte von der Schweigepflicht entbunden haben.

### 3. 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.

### 4. 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 (wenn Sie hierzu Ihre ausdrückliche Einwilligung erteilt haben) 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 berechtigte Empfänger.

### 5. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 6. 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: Ludwig-Erhard-Str. 22, 7.OG, 20459 Hamburg, Telefon: 040/428 54-40 40, E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

### 7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 6 Abs. 1 lit a und f, 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.

Ihr Praxisteam

Stand 04.09.2023