

# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**

FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung



## **Einverständnis zur Datenverarbeitung von Patientendaten** **Gem. §73 Abs. 1b SGB V**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

In unserer Arztpraxis werden sensible Patientendaten in verschiedenen Systemen erfasst. Hierzu gehört neben der Patientenakte und -Verwaltung auch der elektronische Schmerzfragebogen „Painpool“. Bitte erklären Sie sich damit einverstanden.

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

[praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de](mailto:praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de)

### **Einwilligung zur Datenverarbeitung**

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**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Kolja Eicker  
Praxisname: Praxis für Anästhesiologie, Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie  
Adresse: Hohenzollernring 70, 48145 Münster  
Kontakt Daten: 0251 / 9352460, [info@anaesthesie.nrw](mailto:info@anaesthesie.nrw)  
Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:  
Name: Albrecht Freiesleben  
Anschrift: Public Health Consulting, Rosenbergstr. 69, 70176 Stuttgart  
Kontakt Daten: 0711 / 414 36 51, [office@fphc.de](mailto:office@fphc.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.

Zu den in unseren Praxen tätigen Ärzten, die Zugang zu Ihren Daten erhalten gehören zu diesem Zeitpunkt:

Herr Dr. Thomas Kaulingfrecks, Fr. Dr. Silke Brandt, Herr Dr. Ingo Rasing, Herr Robert Bonnemann, Herr Ansgar Daniels, Herr Dr. Kolja Eicker, Herr Ralf Heidlindemann, Herr Dr. Tobias Schmidt, Frau Dr. Barbara Wilm.

### **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 zur Erfüllung der ärztlichen Tätigkeit erforderliche Organisationen (z.B. Gesundheitsamt) sowie privat-ärztliche 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 berechnigte 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### **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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Anschrift: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 02 11/384 24-0, Telefax: 02 11/384 24- 10, poststelle@ldi.nrw.de, <http://www.ldi.nrw.de>

## **6. Rechtliche Grundlagen**

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

## **7. Einverständniserklärung**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO gelesen und verstanden habe. Ich erkläre mich danach mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass ich im Wartebereich und den Behandlungsbereichen mit meinem Namen angesprochen werden darf.

Sollte ich aus Versehen an Informationen über Mitpatienten gelangt sein, so versichere ich, dass ich sie nicht verwenden, sondern umgehend vernichten werde.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**

FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung



## Einverständniserklärung zur Einholung von Vorbefunden bei anderen Behandlerinnen und Behandlern

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Die Behandlung bei Ihrem Schmerztherapeuten oder Ihrer Schmerztherapeutin setzt eine umfangreiche Anamnese voraus. Um uns ein umfassendes Bild Ihrer Schmerzerkrankung machen zu können ist es unbedingt notwendig, dass Sie uns alle die Schmerzerkrankung betreffenden Vorbefunde vorlegen. Daher bitten wir Sie, der Einholung von Vorbefunden bei allen Vorbehandlern zuzustimmen.

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

[praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de](mailto:praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de)

Weiterin ist es üblich, dass wir einen Arztbericht an den zuweisenden Arzt und den Hausarzt senden. Auch dazu bitten wir Sie um Ihr Einverständnis.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten, Befunde und den Therapieverlauf zum Zweck der Behandlung erhebt und an den überweisenden Arzt und an meinen Hausarzt zur weiteren Dokumentation und Behandlung sendet.

der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/Facharzt oder anderen Leistungserbringern (Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten etc.) die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt, erhebt und zum Zweck der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Hierzu befreie ich ausdrücklich alle mich behandelnden Ärzte und Therapeuten von der Schweigepflicht gegenüber meinem behandelnden Schmerztherapeuten.

Folgende Ärzte und Therapeuten befreie ich ausdrücklich nicht von der Schweigepflicht:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**

FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung



## Einverständniserklärung zur Datenerfassung „Painpool“ Gem. Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie §7

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

[praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de](mailto:praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verpflichtet uns, Ihre Schmerzanamnese vor und während der Behandlung in einem digitalen Schmerzfragebogen zu erfassen. Hierzu nutzen wir den „Painpool“. Eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ist ohne die digitale Datenerhebung nicht möglich. Sollten Sie einer Datenerfassung mittels „Painpool“ nicht zustimmen oder die Fragebögen nicht ausfüllen, kann die Behandlung nur auf Privatärztlicher Basis durchgeführt werden.

Wir bitten Sie daher, der Datenerfassung mittels digitalem Schmerzfragebogen „Painpool“ zuzustimmen und etwa einmal im Quartal einen Fragebogen auszufüllen, wobei nur der erste Fragebogen sehr umfangreich ist.

Ihre Angaben in unseren Fragebögen dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir deshalb bitten, **alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.**

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.** Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen, dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jeder Zeit widerrufen.

## **Einverständniserklärung**

Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonomisierten Verwendung der im Fragebogen (Painpool) erhobenen Daten für statistische und wissenschaftliche Zwecke einverstanden (nichtzutreffendes streichen).

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Name, Vorname

---

Datum, Unterschrift



# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**  
FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

## Praxisfragebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

[praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de](mailto:praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de)

---

Name, Vorname

Geschlecht

---

Geburtsdatum, Geburtsort, ggf. Land

---

Strasse, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

E-Mailadresse

---

Telefonnummer Festnetz

Handynummer

---

Krankenkasse

---

Derzeitige Tätigkeit

Laufendes Rentenverfahren:  Ja  Nein  
(beantragt/abgelehnt/im Widerspruchsverfahren)

---

Hausarzt

---

Überweisender Arzt

Ich war in den letzten 5 Jahren im Zusammenhang mit meinen Schmerzen bei folgenden Ärztinnen und Ärzten in Behandlung:

---

Orthopäde\*in

---

Radiologe\*in

---

Neurologe\*in

---

Psychiater\*in

---

Psychotherapeut\*in

---

Schmerztherapeut\*in

---

Stationäre Schmerztherapie

---

Andere stationäre schmerzbezogene Therapie

---

Sonstige

Meine Schmerzen bestehen **generell** seit ca. \_\_\_\_\_  
Tagen/Monaten/Jahren (oder genaues Datum).

Meine Schmerzen bestehen **in der jetzigen Form oder Schwere** seit ca.  
\_\_\_\_\_ Tagen/Monaten/Jahren (oder genaues Datum).

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Datum

---

Unterschrift





# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**  
FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung

## Terminabsprache / Terminabsage

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir wollen uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit nehmen. Dazu ist es notwendig, dass wir unsere Patienten ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache behandeln. Für diese Termine wird im Voraus ein Zeitfenster reserviert. So wollen wir lange Wartezeiten verhindern und dafür sorgen, dass wir immer ausreichend Zeit für unsere Patienten haben. Deshalb unser Anliegen an Sie:

- Bitte erscheinen Sie immer pünktlich zum vereinbarten Termin in unserer Praxis. Bedenken Sie, dass die Parksituation in Lüdinghausen nicht immer einfach ist, und kalkulieren Sie entsprechende Reserven mit ein.
- Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können.
- Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen nach §§ 611, 615 BGB die Vergütung nach der jeweils einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt werden. Das gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin schuldhaft nicht wahrgenommen bzw. nicht rechtzeitig abgesagt haben. Im Falle einer Rechnungsstellung sind Sie unabhängig von der Art Ihrer Versicherung verpflichtet, das Ausfallhonorar auch ohne Kostenerstattung durch Ihre Krankenkassen selbst zu zahlen.
- Weiterhin behalten wir uns vor, bei mehreren nicht abgesagten Terminausfällen keine neuen Termine zu vergeben (GBG § 630a Abs. 1).
- Notfallbehandlungen sind in unserer Praxis nicht möglich. Wir bitten sie, im Falle einer akuten Verschlechterung ihren, Hausarzt, behandelnden Facharzt (z.B. Orthopäden) oder ein Krankenhaus zu konsultieren.
- Bitte bringen Sie zu jedem ersten Termin im Quartal ihre Krankenkassenkarte sowie eine Überweisung („Schmerztherapie“, vom Hausarzt oder behandelnden Facharzt) mit.

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

[praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de](mailto:praxis@schmerztherapie-luedinghausen.de)

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Lüdinghausen

**Dr. med. Thomas Kaulingfrecks**  
FA für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychosomatische  
Grundversorgung

## Einverständniserklärung Foto für die Kartei

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur besseren Einordnung Ihrer Person z.B. bei telefonischem Kontakt möchten wir ein Foto von Ihnen in unserer digitalen Karteikarte speichern. Dieses Foto ist ausschließlich zur Verwendung in der Patientenakte bestimmt und unterliegt dem gleichen Datenschutz wie Ihre Gesundheits- und Behandlungsdaten. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis dazu.

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Foto zur ausschließlichen Verwendung in meiner elektronischen Patientenakte aufgenommen und gespeichert wird. Ich habe jederzeit das Recht, dieses Einverständnis zurückzunehmen.

Neustrasse 1a  
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810  
Fax: 02591-8915629

[www.schmerztherapie-luedinghausen.de](http://www.schmerztherapie-luedinghausen.de)

praxis@  
schmerztherapie-  
luedinghausen.de

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift