

Sehr geehrte Petentin,  
sehr geehrter Petent,

ich möchte Sie darauf hinweisen, dass ich als Ombudsmann in Weiterbildungsfragen zur Prüfung Ihrer Eingabe Ihre persönlichen Daten<sup>1</sup> verarbeiten<sup>2</sup> muss.

Zur Bearbeitung Ihrer Eingabe kann es erforderlich sein, dass ich Einblick in Ihre Weiterbildungsakte oder Rücksprache mit dem Vorstand oder einem Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin nehmen muss. In diesem Fall erhalten die zuständigen Personen ggf. Kenntnis von einigen Ihrer Daten, weshalb Ihr Einverständnis dazu erforderlich ist. Füllen Sie daher bitte die unten angefügte Einverständniserklärung aus und schicken Sie diese umgehend per Post oder Telefax an die Ärztekammer Berlin zurück.

Eine Datenübermittlung an hier nicht genannte Personen findet nicht statt. Ihre Unterlagen werden von mir auch nur insoweit eingesehen als dies für die Bearbeitung Ihrer Eingabe erforderlich ist. Ihre Daten werden für die Dauer der Bearbeitung gespeichert und innerhalb von vier Wochen nach Erfüllung meiner Aufgaben als Ombudsperson gelöscht.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Dr. med. Johannes Bruns

---

<sup>1</sup> Die sog. Personenbezogenen Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person, wie z. B. Vor- und Zunamen, Privat- und Praxisadressen sowie Telefonnummern oder Weiterbildungsfächer etc., vgl. § 3 Absatz 1 Berliner Datenschutzgesetz.

<sup>2</sup> Datenverarbeitung ist das Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen sowie Nutzen personenbezogener Daten, vgl. § 4 Absatz 1 Satz 1 Berliner Datenschutzgesetz. Im Einzelnen sind darunter u. a. die Kenntnisnahme der Daten durch die Ombudsperson sowie ggf. Dritte zu verstehen sowie das Anlegen einer Verfahrensakte, das Abfassen von Schreiben, das Einholen weiterer Informationen bis zur Aktenvernichtung.

---

Zur Versendung bitte hier abtrennen

-----  
Ärztekammer Berlin  
Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin  
Fax: 030-40806-551101

### **Einverständniserklärung**

Ich, .....(Vor- und Zuname) geboren  
am .....(Datum) in .....(Ort)

habe die vorgenannten datenschutzrechtlichen Ausführungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden, dass die Ombudsperson in Weiterbildungsfragen Einsicht in meine bei der Ärztekammer Berlin in der Abteilung Weiterbildung geführte Akte nimmt,

Aktenzeichen: .....

sowie Informationen und Einschätzungen bei den Weiterbildungsausschüssen und dem Vorstand in dieser Angelegenheit einholt.

Mit ist bekannt, dass ich das Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch schriftliche Erklärung gegenüber der Ombudsperson widerrufen kann.

.....(Ort, Datum, Unterschrift)