



Patienteninformation zum Datenschutz und zur Schweigepflichtsentbindung

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.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

Hausarzt- und Diabetespraxis

Dr. med. Helga Beyer-Döbler, Dr. med. Daniela Griesbach

Bahnhofstraße 26

90552 Röthenbach an der Pegnitz

Telefon 0911 577 154

info@hausarztunddiabetespraxis.de

Zweck der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde und andere Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung benötigen. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Form von Arztberichten.

Diese Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereit gestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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, Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Aber auch für Labore oder andere



mitwirkende Personen wie IT-Dienstleister, Angehörige, pflegende Personen, Betreuer oder Ähnliches benötigen wir Ihr Einverständnis.

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.

Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung notwendig ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich auch längere Aufbewahrungszeiten ergeben.

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 der 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.

Rechtliche Grundlagen:

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

Ihr Praxisteam

Quelle: KBV/Patienteninformation zum Datenschutz: Muster/März 2018



Einverständniserklärung zu Schweigepflichtentbindung und Datenschutz

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Im Rahmen meiner Behandlung durch o.g. Praxis werden personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet, übermittelt und eingeholt. Näheres siehe Formblatt zur Patienteninformation zur Schweigepflichtentbindung und zum Datenschutz, das Ihnen ausgehändigt wurde. Die Erklärung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Labordiagnostik Daten an externe Laborpraxen übermittelt werden.

Auskunft an medizinische Einrichtungen:

Praxen/Kliniken/Einrichtungen/Personen (Angehörige, Privatpersonen):

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Ggf. gesetzliche Vertreter: _____