

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

uns ist der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten wichtig. Im Folgenden informieren wir Sie gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, diese speichert oder weiterleitet. Ebenso informieren wir Sie über Ihre Rechte in puncto Datenschutz.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Dr.med.Anne Herold
Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie (hausärztliche Versorgung)
Schulstraße 7, 02906 Waldhufen OT Jänkendorf
Telefonnummer: 03588/2880175

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. Diese beinhalten unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und erhobene 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.

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 privatärztliche 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 berechnete 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.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie können auch die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Einschränkungsgeschäft der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

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.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 Lit.h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr.1 Lit b) Bundesdatenschutzgesetz.

Hausarztpraxis Waldhufen
Dr.med.Anne Herold
Schulstraße 7
02906 Waldhufen OT Jänkendorf
Telefonnummer: 03588/2880175

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis (Information zum Datenschutz gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO)

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meinen Behandlungen an weitere Leistungserbringer durch die Hausarztpraxis Waldhufen (meiner Hausarztpraxis) weitergegeben werden dürfen (gemäß der Patienteninformation zum Datenschutz).

Es ist mir des Weiteren bekannt, dass ich diese Zustimmung gegenüber der Hausarztpraxis Waldhufen jederzeit schriftlich widerrufen kann mit Wirkung für die Zukunft. Rechtmäßig bleiben die bis dahin durchgeführten, von dieser Einwilligung abgedeckten Datenweitergaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte geben Sie diese Seite unterschrieben an uns zurück.

Ihr Praxisteam