

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Dres. Kopy / Frankenberger

Adresse Hilgardring 56 – 58 , 67657 Kaiserslautern

Kontaktdaten Tel. 0631 340 310 3, praxis@hausarzt-kl.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dres. Kopy / Frankenberger

Anschrift: Hilgardring 56-58 . 67657 Kaiserslautern,

Kontaktdaten:0631 340 310 3

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.

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 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 Paragraf 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: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Anschrift: Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam

Dres. Kopy / Frankenberger

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (Datenschutz)

Ich, _____, geb. am _____

wohnhaft in _____

erkläre mich einverstanden, dass

- meine behandelnde Ärztinnen meine Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte oder an überweisende Ärzte übermitteln dürfen
- meine Patientendaten via FAX, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst
- Dres. Kopy / Frankenberger meine gesamten Befunde einsehen dürfen
- meine behandelnde Ärztinnen Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von einem anderen Arzt oder Überweiser anfordern dürfen
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchungen und Befunde übermittelt werden dürfen.

Meine behandelnden Ärzte sind: _____

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern die Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen Tel.-Nr. Geburtsdatum oder Adresse

1. _____

2. _____

3. _____

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung jederzeit widerrufen oder geändert werden kann.

Ort, Datum Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meinen Termin mindestens 24 Stunden vorher absage, sollte ich diesen nicht wahrnehmen können.

Ort, Datum Unterschrift Patient- / in bzw. gesetzlicher Vertreter