

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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: MVZ St. Martini GmbH

Adresse: Göttinger Straße 34 | 37115 Duderstadt

Sekretariat: Frau Hesse | T. 05527 840-110 | F. 05527 842-119 | info@krankenhaus-duderstadt.de

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

Name: Natascha Stolze-Wand

Kontaktdaten: T. 05527 842-160 | n-stolze-wand@kh-dud.de

PATIENTENDATEN

Vorname, Name:

Geb. Datum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

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 berechtigte 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 und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung können Sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. Die Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

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 Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5 | 30159 Hannover
Telefon 0511-120 4500 | Fax 0511-120 4599
poststelle@lfd.niedersachsen.de

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.

7. NAMENTLICHER AUFRUF

In unserer Arztpraxis ist der namentliche Aufruf gelebte Praxis und Ausdruck des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen den Mitarbeitenden der Praxis und den Patientinnen und Patienten. Daher halten wir im Einklang mit den Datenschutzregelungen am namentlichen Aufruf der Patienten fest. Sollten Sie eine unpersönliche Ansprache wünschen, geben Sie unseren Mitarbeitenden bei der Anmeldung einen entsprechenden Hinweis.

8. NUTZUNG IHRER KONTAKTDATEN

Ich stimme einer Nutzung meiner oben angegebenen Kontaktdaten durch die Praxis ZU (zutreffendes bitte ankreuzen)

- zum Zwecke der Beantwortung von Anfragen zufügen: (z. B. zur Terminerinnerung, Vorsorgeplanung)
- zum Zwecke der Übermittlung von Informationsmaterial (Patienteninformationen, Newsletter).

Ihr Praxisteam

Ort | Datum | Unterschrift Patient