

## **PATIENTENINFORMATION zum Datenschutz und Einverständniserklärung**

Sehr geehrte PatientInnen,

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**

Praxisinhaber: Gesundheitszentrum Sittensen MVZ der Medicurum MVZ GmbH  
Geschäftsführung: Marina Oeff  
Adresse: Bahnhofstraße 5, 27419 Sittensen  
Telefon: 04282 73108-0

### **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, Therapievorschläge 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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatarztliche 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 Rontgenaufzeichnungen 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 Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

**Patient:**

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Anschrift: Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

**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.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Kenntnisnahme der obigen Informationen****Datum:****Unterschrift:****Versand von Befunden (z.B. Laborbefunde) per Email:**

**Optional (bitte ankreuzen, falls gewünscht):** Ich ermächtige das Gesundheitszentrum Sittensen, mir Befunde an folgende Email Adresse senden zu lassen. Ich bin mir darüber bewusst, dass diese Nachrichtenübermittlung nicht Ende-zu-Ende verschlüsselt erfolgt und bei einem unbefugten Datenzugriff, diese persönlichen Daten in die Hände unbefugter gelangen können.

**Email Adresse:****Terminerinnerungen für Vorsorgen und Impfungen:**

**Optional (bitte ankreuzen, falls gewünscht):** Ich möchte vom Gesundheitszentrum Sittensen kontaktiert werden, um z.B. an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, erinnert zu werden.

**Per Email** Email-Adresse: \_\_\_\_\_

**Per Telefon** Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Angehörigen**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien, Arzt- und Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung, Gutachten und Rezepte sowie Verordnungen und ärztliche Atteste an folgende Personen herausgegeben und in meinem Sinne verwaltet werden dürfen (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum):

\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.