

PATIENTENINFORMATION zum Datenschutz und Einverständniserklärung

Sehr geehrte(r) Patient(in)

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: Medicurum MVZ GmbH
Geschäftsführung: Marina Oeff
Adresse: Am Markt 9 | 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, 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 Krankenkassen, 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. 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, 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

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.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

7. Kontaktdaten:

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

8. Einverständniserklärung für die Kontaktaufnahme durch die Praxis

Versand von Befunden (z.B. Laborbefunde) per Email:

Ich ermächtige das Gesundheitszentrum Sittensen, mir Befunde an meine 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.

Terminerinnerungen für Vorsorgen und Impfungen:

Ich möchte vom Gesundheitszentrum Sittensen kontaktiert werden, um z.B. an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, erinnert zu werden.

☐ Per Email

☐ Per Telefon

8. 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.

9. Weitere Vereinbarung zur Praxisorganisation

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitte wir Sie dringend, uns rechtzeitig - spätestens am Werktag vor Terminbeginn - Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen andernfalls ggf. ein Ausfallshonorar in Rechnung stellen werden. Hierzu erkläre ich mich mit einer Liquidation über die PVS einverstanden. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergegeben werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Kenntnisnahme der obigen Informationen und erkläre mich mit der Verarbeitung und Verwendung meiner Daten sowie den Vereinbarungen einverstanden.

Name, Vorname _____ geb. _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

