 <p>Fatma Michels</p>	<p>QM</p> <p>DSGVO</p> <p>Patienteninformation und Einverständniserklärung</p>	<p>Seite 1 von 2</p> <hr/> <p>Revision 1 Datum 21.08.2020</p>
--	---	--

Sehr geehrte Patientin,

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. 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.

2. 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, Labore/Zytologie, 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.

3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. 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.

5. 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.

Ihr Praxisteam

<p>erstellt am 21.08.2020 von Janin Adamek</p>	<p>geprüft am 21.08.2020 von Lisa Slowinski</p>	<p>genehmigt am 24.08.2020 von Fatma Michels</p>
--	---	--

 Fatma Michels	QM DSGVO Patienteninformation und Einverständniserklärung	Seite 2 von 2 <hr/> Revision 1 Datum 21.08.2020
--	---	--

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Patienten-ID	

- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Gynäkologin Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Meine Gynäkologin darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine mitbehandelnde Ärzte/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meiner Gynäkologin einholt. Meine mitbehandelnden Ärzte/Psychotherapeut dürfen diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Angestellten genutzt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Dortmund, _____

Unterschrift Patientin: _____
 (ggf. gesetzlicher Vertreter/in)

Unterschrift Ärztin:

erstellt am 21.08.2020 von Janin Adamek	geprüft am 21.08.2020 von Lisa Slowinski	genehmigt am 24.08.2020 von Fatma Michels
--	---	--