

PATIENTENEINWILLIGUNG 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:

Hausärztlich-internistisches Zentrum
 Neusser Str. 460
 50733 Köln

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

InnovaPrax GmbH
 Weinsbergstraße 190, 50825 Köln
 Datenschutz@innovaprax.de

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, Therapievorschlüsse 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 berechnete Empfänger.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist in der Gesundheitsversorgung **zulässig**. Gemäß § 22 Art. 9 Abs. 1 S. 1 BDSG-neu bedarf die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Gesundheitsvorsorge **keiner Einwilligung**, soweit die Verarbeitung für Behandlungs- und Abrechnungszwecke erfolgt.

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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

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.

Beachten Sie bitte, dass wir unsere Datenschutzbedingungen mit Rücksicht auf Gesetzesänderungen von Zeit zu Zeit anpassen. Bitte schauen Sie daher immer wieder auf unsere Website, um von solchen Änderungen zu erfahren.

Einwilligung zum Informationsaustausch mit Leistungserbringern

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Stammdaten, Versicherungsdaten und Gesundheitsdaten) zum Zwecke der weiteren Behandlung und lückenlosen Dokumentation:

- an meinen Facharzt: _____
- an meinen Hausarzt: _____
- im Rahmen eines stationären Aufenthaltes an das entsprechende Krankenhaus (zwecks Befundübermittlung).
- an die Radiologie (zwecks Befundübermittlung): _____
- an die Apotheke (Übermittlung von Rezepten und Verordnungen): _____
- an das Labor: _____
- an meinen Psychotherapeuten: _____
- an meinen Physio- / Ergotherapeuten, Logopäden: _____
- an meinen Pflegedienst: _____
- an mein Seniorenheim: _____
- an mich per Telefon oder per Fax: (Tel-Nr.) : _____ (Fax-Nr.): _____
- an meine Angehörigen zur Rezeptabholung, zur Information über mein Gesundheitszustand (Name, Anschrift, Geburtsdatum):
- _____
- _____

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang **eingeholt** werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Hausärztlich-internistische Zentrum alle nötigen Informationen , die meine Behandlung betreffen, an die o.g. Dritte (Ärzten, Laboratorien, Krankenhäusern etc.) sowohl postalisch als auch digital (z. B. per Fax) übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit in Teilen oder im Ganzen widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Bevollmächtigter)

Patientenetikett