

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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 beim Schutz Ihrer Daten haben.

1. VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung i. S. d. Art. 4, Nr. 7 DSGVO

Frauenarztpraxis Dr. med. Alexandra Böckenhoff

Manggasse 10 | 97421 Schweinfurt | T 09721 - 166 36 | F 09721 - 20 14 75 | info@praxis-boeckenhoff.de

2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Behandler 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 Behandler erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Behandler 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

Außer Ihrem behandelnden Arzt haben auch die Praxismitarbeiter, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind, Zugriff auf Ihre Daten. Darüber hinaus unterstützen uns externe Dienstleister, sogenannte Auftragsverarbeiter, bei der Wartung technischer Anlagen in der Praxis, die wir für Ihre Behandlung benötigen. 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 mitbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Labore oder andere Gesundheitsdienstleister sein. Insbesondere zur Abrechnung oder zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen übermitteln wir Ihre Daten, soweit erforderlich, auch an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen und den Steuerberater. 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. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden bereits nach einem Jahr gelöscht.

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 Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu melden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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 gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENSCHUTZ

Patientin Vorname, Name

geboren am

Adresse

Telefon

E-Mail

Mobil

Mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass die Datenverarbeitung aufgrund gesetzlicher Vorgaben erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Behandler und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung.

Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Behandler erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren wie z. B. Röntgenbilder.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Behandler, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis/den Behandler mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

TERMINERINNERUNG UND VORSORGE

Hiermit willige ich ein, dass die Frauenarztpraxis Dr. med. Alexandra Böckenhoff mir Terminbestätigungen und -Erinnerungen per E-Mail und SMS (unzutreffendes bitte streichen) zusendet. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Hiermit willige ich ein, dass die Frauenarztpraxis Dr. med. Alexandra Böckenhoff Rezepte und Verordnungen, Überweisungen, Terminvereinbarungen, Medikationspläne und Befunde jeglicher Art (Nichtzutreffendes bitte streichen) an folgenden Personen (z. B. Angehörige, Ehemann, Mutter) übermittelt und von diesen abgeholt werden dürfen:

Kontakte

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Versicherter