

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind bereits in der Vergangenheit sehr sorgfältig mit Ihren persönlichen Daten umgegangen. Zum 25.05.2018 ist die Datenschutzgrundverordnung in Kraft getreten, durch die der Umgang mit Ihren Daten noch deutlich verschärft und bürokratisiert wurde.

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:

Praxisname: Praxis Sibylle Schaller
Adresse: Saarner Str. 419, 45478 Mülheim
Telefon: 0208 428780
E-Mail: team@hautarztpraxis-muelheim.de
Website: www.hautarztpraxis-muelheim.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 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 Röntgenaufzeichnungen 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 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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW

Anschrift: Kavalleriestraße 2-4,

40213 Düsseldorf

Tel.: 0211 384240

E-Mail: poststelle@ldi-nrw.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 litt. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 litt. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN gemäß § 73 Abs.1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum 25.05.2018 ist die Datenschutzgrundverordnung in Kraft getreten, durch die der Umgang mit Ihren Daten noch deutlich verschärft und bürokratisiert wurde.

Die ausführliche "Patienteninformation zum Datenschutz" finden Sie auf unserer Website WWW.hautarztpraxis-muelheim.de. Wenn Sie es wünschen, händigen wir Ihnen gern auch ein Exemplar der „Patienteninformation zum Datenschutz „ zur Einsichtnahme in der Praxis aus.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung dürfen wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Hier ein Beispiel: Sie waren früher bei einem anderen Hautarzt in Behandlung gewesen. Dort wurden Gewebeprobe entnommen und in einem Labor untersucht. Diese Vorbefunde sind sehr wichtig für mich, damit ich Ihre Krankengeschichte kenne und Sie dementsprechend untersuchen und behandeln kann.

Um z.B. solche histologischen Befunde anfordern zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Ohne diese können wir nicht aktiv werden. Sie müssen sonst ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit erkläre ich,

.....
Name, Vorname und Geburtsdatum

dass ich einverstanden bin,

dass meine behandelnde Fachärztin Sibylle Schaller meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

Mein Hausarzt ist:.....

Die mich behandelnde Fachärztin bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meiner behandelnden Fachärztin zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Mülheim, den _____

Unterschrift



Praxis
Sibylle Schaller
Hautärztin-Allergologie
Saarner Str. 419
45478 Mülheim

UNSER KOSTENLOSER SERVICE FÜR SIE: TERMINERINNERUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gerne erinnern wir Sie kostenlos per E-Mail an Ihre Behandlungstermine die Sie entweder persönlich, telefonisch oder über den Online-Terminkalender auf unserer Website (www.hautarztpraxis-muelheim.de) gebucht haben. Des Weiteren ist es uns auch darüber möglich, sehr schnell Ihren Termin abzusagen, falls kein Arzt verfügbar ist oder die Sprechstunde wegen plötzlicher Krankheit einer Arzthelferin gar nicht oder nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann.

Bei der praktischen Abwicklung der Terminerinnerung unterstützt uns unser Partner die renommierte Firma samedi GmbH (www.samedi.de) die deutschlandweit diesen Patientenservice für Praxen umsetzt und vom TÜV für geprüften Datenschutz ausgezeichnet ist. Wir können Ihnen versichern, dass Sie keinerlei Werbung von der Fa. Samedi erhalten werden!

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine E-Mail-Adresse zum Zwecke der Erinnerung an bestehende Termine (u.a. Bestätigung, Erinnerung, Verschiebung, Absage) an die Firma samedi GmbH weitergegeben werden darf.



ja

nein

ich habe keine E-Mail-Adresse

Bitte geben Sie uns dazu Ihre E-Mail-Adresse **in Druckschrift bzw. g** an: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Mülheim, den _____

Unterschrift des Patienten