

Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnesen (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieansätze und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten in Verfügung gestellt werden (z. B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

H. J. Fiegen, Steinweg 1-11, 52222 Stolberg, Tel. 02402/1028099

Unsere Praxis hat eine/n Datenschutzbeauftragte/n, an den /die Sie sich wenden können:

Michael Speldrich, Metzgerstraße 65, 52070 Aachen

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre (z. B. Dokumentationen zur Strahlentherapie).

Nach eigenem Ermessen bewahren wir auch andere medizinische Unterlagen 30 Jahre lang auf, um uns für den Fall eventueller Schmerzensgeldforderungen abzusichern.

Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte



Vorschlag hier Ihre Adresdaten

Wir sind dazu verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihre Krankenkasse, den medizinischen Dienst Ihrer Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z. B. Laboruntersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor). Bei Privatpatienten benötigen wir zusätzlich noch die Einwilligung für die Zusammenarbeit mit unserer privatärztlichen Verrechnungsstelle, die das Rechnungswesen für uns übernimmt.

Die Weiterleitung an andere Ärzte und an Verrechnungsstellen erfolgt aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben (s. u.).

5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren.

In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privatärztliche Abrechnungsstelle), dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Bitte wenden Sie sich an uns, an unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Ort, Datum

Unterschrift

