

Einverständniserklärung und Patienteninformation zum Datenschutz



für _____

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

Hautarztpraxis dermal

MU Dr. Michael Al-Ani | Facharzt für Dermatologie und Venerologie

Hauptstraße 8 | 59755 Arnsberg

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, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und Therapieeinrichtungen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc.). 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 erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte oder Therapieeinrichtungen, die Kassenärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Ärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Die Übermittlung erfolgt zur Abstimmung von medizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine Gesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Bitte wenden

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
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

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 gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, wie in dieser Erklärung aufgeführt, verarbeitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass MU Dr. Michael Al-Ani und/oder die mich behandelnden Ärzt:innen dieser Praxis Einsicht in meine Patientendaten nehmen.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Hiermit bevollmächtige ich

Datum

für mich bestimmte Rezepte in
Empfang zu nehmen.

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund