

## Datenschutzerklärung

→ Praxisteam bitte Etikett eindrucken

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:

Praxisname: Gemeinschaftspraxis Herrmann und Kollegen

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Marktplatz 3 55270 Schwabenheim

Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): info@gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de 06130-941880

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: Lena Herrmann

Anschrift: Marktplatz 3 55270 Schwabenheim

Kontakt Daten: LenaHerrmann@gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de 06130-941880

### 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, Therapievorschläge 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 berechtigte Empfänger.

Außerdem lassen wir unsere Arbeit freiwillig im Rahmen einer Zertifizierung durch auswärtige Begutachter (z.B. unsere Fachgesellschaft) kontrollieren. Hierzu müssen diese stichprobenartig, einzelne Dokumentationen überprüfen, so dass nicht ausschließbar ist, dass die Begutachter vereinzelte medizinische Daten einsehen können. Dies darf rechtlich nur mit Ihrem erklärten Einverständnis geschehen. Die Gutachter unterliegen natürlich auch dem Datenschutzgesetz.

### 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: Prof. Dr. Dieter Kugelmann

Anschrift: Hintere Bleiche 34 55116 Mainz

## 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.

Ihr Praxisteam Gemeinschaftspraxis Herrmann und Kollegen

### Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

Ich habe die Erklärung bezüglich des Umgangs mit meinen Daten zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Laboren eingeholt werden dürfen. Des Weiteren dürfen meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten elektronisch bearbeitet und anonymisiert/pseudonymisiert zu Vergleichszwecken im Rahmen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sowie wissenschaftlichem Austausch auch an Datenbanken außerhalb der Praxis weitergeleitet werden dürfen.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass auswärtige Begutachter im Rahmen einer Stichprobenüberprüfung medizinische Unterlagen zu meiner Person einsehen dürfen.

Meine Fragen im Zusammenhang mit dem Umgang mit meinen Daten wurden beantwortet. Meine Zustimmung hierzu ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden

Schwabenheim, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlichen Vertreters)