



Datenschutzinformationen für unsere Patientinnen

Ab dem 25. Mai 2018 gelten mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) neue datenschutzrechtliche Vorschriften. Ein Kernanliegen dieser Vorschriften ist die Transparenz der Datenverarbeitung. Ich nehme den Datenschutz meiner Patientinnen/Patienten sehr ernst. Ich habe eine Informationspflicht Ihnen gegenüber (Art. 13 Abs. 1 und 2 DGS-GVO).

Daher bitten ich Sie, folgende Ausführung aufmerksam zu lesen und mir dies mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Bei **Minderjährigen unter 16 Jahren** muss ein **Erziehungsberechtigter** durch seine Unterschrift bestätigen, die Informationen gelesen und verstanden zu haben, ansonsten darf ich die Patientin (außer in akuten Notfällen) nicht behandeln.

1. Wer ist für den Datenschutz unserer Praxis verantwortlich?

Dorita Schiffer Gerresheimer Landstr. 117, 40627 Düsseldorf, 0211-202799.

2. Wofür verarbeiten wir welche Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Ich benötige Ihre Adresse, Telefonnummer und wenn vorhanden auch Ihre E-Mail Adresse, weiter natürlich Ihre Krankenversicherungsdaten. Dazu kommen Ihre Gesundheitsdaten (Krankengeschichte, Medikamenteneinnahme) und die Adressen mitbehandelnder Ärzte (Hausarzt, Radiologe, Klinik etc.), (Art. 6 Abs. 1 lit. F. DS-GVO).

Diese Daten werden in meiner Praxissoftwaresystem (Duria) passwortgeschützt gespeichert. Zugriff haben nur Praxisinhaber, Praxismitarbeiter und IT-Mitarbeiter (Soft- und Hardwarepflege).

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe) (Art. 6 Abs. 1 lit. F. DS-GVO).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Wer bekommt die Daten?

Die Daten bleiben in der Praxis. Ausnahmen sind Laborüberweisungen, Überweisungen und abrechnungstechnische Datenweiterleitung, bei Kassenpatienten z.B. an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.

4. Werden Daten an Dritte übermittelt?

Bei Laborüberweisungen oder Überweisungen zu anderen Ärzten oder Therapeuten werden Daten weitergegeben, damit eine für Sie sinnvolle medizinische Behandlung erfolgen kann.

Für die Abrechnung unserer Leistungen werden abrechnungsrelevante Daten z.B. an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weitergegeben (Art. 4 Nr. 9 DS-GVO). Bei privat Versicherten wird die Rechnung in der Regel an die Patientin selbst gesendet, nur auf ausdrücklichen Patientenwunsch, wird direkt mit der Krankenkasse abgerechnet.

5. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Solange Sie Patientin bei mir sind. Sollten Sie die Praxis 10 Jahre nicht mehr in Anspruch genommen haben, werden die Daten gelöscht/vernichtet.

6. Welche Rechte haben Sie als Betroffene?

Sie haben jederzeit Recht auf Auskunft, Einspruch, Einschränkung, Übertragbarkeit oder sogar Löschung der Daten, sollten Letzterem nicht wichtige medizinische oder juristische Aspekte entgegenstehen.

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

7. Sie haben jederzeit ein Widerspruchsrecht

Sie haben jederzeit das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten zu widerrufen.

8. Informationspflicht bei Dritterhebung

Sollte ich Informationen von anderen Personen über Sie bekommen (z.B. Angehörige oder von anderen Ärzten), werden wir Ihnen dies mitteilen (Art. 14 Abs. 1 DS-GVO und Art. 14 Abs. 2 DS-GVO).

9. Übermittlung der Daten

Ihre Daten (zur Person, Adresse, Versichertenstatus und -Daten, Diagnose u. Therapie) müssen bei Kassenpatienten zur Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weitergegeben werden. Hierzu erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden (ansonsten müssten Sie die Behandlung privat bezahlen).

Weiter bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift, dass sie bei Notwendigkeit (wichtige medizinischen/abrechnungstechnische Gründe) mit der Datenübermittlung an unser Labor (Adresse teilen wir Ihnen gerne mit) oder an oder von anderen mitbehandelnden Ärzten (z.B. Hausarzt) und Kliniken einverstanden sind.

Mit der Versendung von Hybridbriefen per E-Post an mich bin ich

einverstanden

nicht einverstanden. (bitte ankreuzen)

Düsseldorf,

(Datum und Unterschrift)

