

# Patienteninformationen zum Datenschutz

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, Therapievor schläge 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: Dr. med. Eva Nied, Schweinfurter Str. 113, 97464 Niederwerrn  
Unsere Praxis hat einen Datenschutzbeauftragten, an den Sie sich wenden können:  
Andreas Finzsch, Schweinfurter Str. 113, 97464 Niederwerrn, Mail: praxis-nied@web.de

## 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

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). Die Weiterleitung an andere Ärzte und an Verrechnungsstellen erfolgt ausschließlich, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben.

## 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.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Niederwerrn, den \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Stand 10/2020

Telefonnr. \_\_\_\_\_

# Einwilligung in die Weitergabe personenbezogener Daten

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,  
damit wir Ihre Daten weitergeben können benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte füllen Sie das Formular aus und kreuzen Sie an, was für Sie in Frage kommt.

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Nied für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, Pflegedienste etc.), bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Ich wünsche, dass meine behandelnde Hausarztpraxis Dr. Eva Maria Nied von mir bestellte Medikamentenverordnungen (Rezepte) an eine Apotheke meiner Wahl weiterleitet, damit ich von dort beliefert werden kann. Die Praxis Dr. Nied nimmt keinen Einfluss auf die Wahl meiner Apotheke.

Wunschapotheke: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Nied personenbezogene Daten (Transportschein) zum Zwecke des Krankentransportes an Transportunternehmen oder Fahrdienste weitergibt.

Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Nied an nachfolgend benannte Dritte aufgelistete Daten und Verordnungen übermitteln bzw. weitergeben darf, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Angaben Beziehung/Verwandschaft (z.B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, etc.)
<input type="checkbox"/> personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs-, Befunddaten <input type="checkbox"/> Rezepte, Verordnungen und Überweisungen	
<input type="checkbox"/> personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs-, Befunddaten <input type="checkbox"/> Rezepte, Verordnungen und Überweisungen	
<input type="checkbox"/> personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs-, Befunddaten <input type="checkbox"/> Rezepte, Verordnungen und Überweisungen	

Mir ist bekannt, dass ich eine einmal gegebene Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

Niederwerrn, der \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

