

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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: Neuropraxis Kassel Dr. med. Juliane Dunkel
Adresse: Wilhelmshöher Allee 255, 34131 Kassel
Kontakt Daten: info@neuropraxis-kassel.de, 0561-94913107

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 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 berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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 Paragraph 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: Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Hessen
Anschrift: Postfach 3163, 65021 Wiesbaden

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 Team der Neuropraxis Kassel

Einverständniserklärung des Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft (Adresse): _____

Hausarzt _____

andere Fachärzte _____

Einverständniserklärung des Patienten

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten und Befunden, gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass Fr. Dr. med. Juliane Dunkel die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung beim Hausarzt und anderen Leistungserbringern (z.B. andere Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, etc.) erhebt und für die Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass Fr. Dr. med. Juliane Dunkel meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und andere Leistungserbringer (z.B. andere Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, etc.) zur durchzuführenden Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt.

☐ nein ☐ ja

Einverständniserklärung des Patienten

zur Datenverarbeitung nach DSGVO

Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) durch Fr. Dr. Dunkel ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten habe und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

☐ nein ☐ ja

**Einverständniserklärung des Patienten
zur Weiterleitung/Abholung von Befunden durch bevollmächtigte Personen**

Ich bin damit einverstanden, dass folgende von mir bevollmächtigte Personen Rezepte, Verordnungen, Befunde oder andere Unterlagen in der Praxis von Fr. Dr. Dunkel abholen können:

(Ehe)Partner/in _____

sonstige: _____

☐ nein ☐ ja

**Einverständniserklärung des Patienten
zur Übermittlung von Befunden und Kontaktaufnahme**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich über die von mir in der Praxis angegebenen und in der Akte hinterlegten Kommunikationswege kontaktieren darf und mir auf meinen Wunsch hin hierüber auch Befunde übermitteln oder anfordern darf.

☐ Telefon ☐ Fax ☐ Post ☐ E-Mail ☐ Messengersysteme

Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung je nach Medium nicht/nur teilweise verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung zu den Kommunikationswegen und für die Überwachung der Korrespondenz.

☐ nein ☐ ja

Recht auf Widerruf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenerhebung, -übertragung und -nutzung.

Mein Widerruf kann schriftlich per E-Mail an info@neuropraxis-kassel oder per Postbrief an Frau Dr. Juliane Dunkel, Wilhelmshöher Allee 255, 34131 Kassel erfolgen, ohne dass dafür Kosten anfallen, abgesehen von den Kosten der Übermittlung des Widerrufs (zu den Basistarifen).

Kassel, den _____

Unterschrift _____