



Patienteninformation zum **Datenschutz** gem. DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist den Gesetzgebern wichtig! Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie bei und nach der Erhebung Ihrer Daten zu deren Schutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Erhebung /Verarbeitung / Weiterleitung Ihrer Daten:

Dr.med. Leonid Mindel

Anschrift: Kardiologische Praxis Dr. med. Leonid Mindel, Königstr. 30, 30175 Hannover

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Daten-Erhebung und Verarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu erheben und verarbeiten meine Mitarbeiterinnen und ich Ihre personenbezogenen und insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Adresse, Telefon-Nummer, Anamnese, Befunde, Diagnosen und Behandlungsempfehlungen, die wir oder andere, Sie betreuende, Ärzte erheben. Die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Untersuchung und Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Wer erhält Ihre Daten von uns?

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen und Gesundheits-Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie darin eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können andere Heilbehandler, Kassenärztliche Vereinigung, Ihre Krankenkasse bzw. deren Medizinischer Dienst und die Ärztekammer sein, sowie für Selbstzahler die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS. Die Übermittlung Ihrer Daten erfolgt v.a. zum Zweck der Abrechnung der für Sie erbrachten Leistungen oder zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. In anonymisierter Form werden Behandlungsdaten auch an gesetzlich vorgeschriebene Qualitäts-Sicherungs-Stellen weitergegeben.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ihre Daten werden hier in einem elektronischen Datenverarbeitungssystem gespeichert. Die Firmen, die Hard- und Software – Unterstützung leisten, haben sich uns gegenüber gemäß den gesetzlichen Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, Ihre Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Weitere Vorschriften geben längere Aufbewahrungsfristen vor, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen lt. § 28, Abs. 3 der Röntgenverordnung.



5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen und Gesundheitsdaten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung und – Weitergabe sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der 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 Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für diese Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die DSGVO, insbes. Art. 6, Abs. 1 lit b und Art. 9, Abs. 1 lit h, in Verbindung mit § 22, Abs. 1 lit b Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an unser Team wenden.

Ihre kardiologische Praxis, Dr. med. Leonid Mindel

Bestätigung der Kenntnisnahme und Einverständnis zum Datenschutz/Weitergabe meiner Daten/Entbindung der Schweigepflicht gegen über der Praxis.

Hiermit bestätige ich, _____ (Vorname und Nachname), dass ich über den Datenschutz informiert wurde und mich einverstanden erkläre, dass meine Daten an Dritte wie z.B. Krankenhäuser weitergeleitet werden dürfen, wenn dies erforderlich ist. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med.

L. Mindel zu meiner Person Vor- und Arztberichte etc. anfordern darf und entbinde insoweit die Vorbehandler von deren Schweigepflicht.

Hannover, den _____

Unterschrift (/ggf. Gesetzl. Vertreter)

Praxisstempel