

Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis

Liebe Patienten,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Art. 13 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, Therapievorschlüsse 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 ist: Dr. med. Heiko Scheufler, 01896 Pulsnitz, Goethestraße 28, E-Mail: datenschutz@praxis-scheufler.de, www.praxis-scheufler.de.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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. Nach eigenem Ermessen bewahren wir auch andere medizinische Unterlagen 30 Jahre lang auf, um spätere Rück- und Anfragen zu beantworten. 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 bzw. einem pathologischen Labor). Die Weiterleitung an andere Ärzte erfolgt aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben (s. u.).

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 oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Devrientstraße 5
01067 Dresden
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Artikel 6, Absatz 1 und Artikel 9, Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz. Weitere Rechtsgrundlagen /z. Bsp. für die Dokumentation) ergeben sich aus §§ 630 a ff. BGB und der Ärztlichen Berufsordnung.

Ich habe diese Information gelesen und willige ein, dass meine Daten gespeichert und in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Ort, Datum Unterschrift: _____