

Patienteninformation zum Datenschutz

Monheim am Rhein, den 30.11.2021

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Daten- schutz-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: Jimson Arampankudy • Gartzenweg 2 • 40789 Monheim am Rhein • Tel.: 02173/9938858 • E-Mail: info@privatpraxis-arampankudy.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: Lars Mallwitz • Privatpraxis Arampankudy • Gartzenweg 2 • 40789 Monheim am Rhein • Tel.: 02173/9938858 • E-Mail: datenschutzbeauftragter@privatpraxis-arampankudy.de

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, Therapievorschläge 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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 lt. 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 personen- bezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein • Teersteegenstraße 9 • 40474 Düsseldorf • Tel.: +49(0)211/59700

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 Privatpraxis Arampankudy

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO1, §51 DSAnpUG2 und §73 I b SGB V4 durch den Arzt

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Hiermit willige ich ein in die - in der Praxisinformation zur DSGVO erläuterte - Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung (nach § 630a Abs. 1 BGB) und erkläre mich einverstanden, dass

- die Privatpraxis Jimson Arampankudy mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (das sind z.B. Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Physiotherapeuten, kooperierende Labore u.a.) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert.
- die Privatpraxis Jimson Arampankudy mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich, behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (s.O.) übermittelt.
- meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden.
- im Fall eines Arztwechsels, mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt anfordert.
- mich mein Arzt an Behandlungstermine bzw. für die Übermittlung von Informationen (z.B. Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Terminvergabe) erinnern kann (Kontaktaufnahme durch Postkarte/Brief, E-Mail, Tel.)
- die Glaswände bzw. die Schiebetüre des Wartezimmers sowie des Labors nicht schalldicht sind und dass durch räumliche Nähe Diskretion im Sinne der DSGVO nur eingeschränkt möglich ist.
- ich in den Räumlichkeiten der Praxis von allen Mitarbeitern und auch über das Lautsprechersystem mit Namen angesprochen und aufgerufen werde.
- an folgende Angehörige, Personen, Pflegedienste und Apotheken, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:

Nr.:	Firma oder Privat	Vorname	Nachname	Telefon	E-Mail
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____

Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift