

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: R. Tauchnitz

Praxisname: Hausarztpraxis R. Tauchnitz
Adresse: Christian-Grunert-Str. 2, 04288 Leipzig
Kontaktdaten: Telefon: 03429742784
Email: hausarztpraxis-tauchnitz@t-online.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Praxisname: Hausarztpraxis R. Tauchnitz
Adresse: Christian-Grunert-Str. 2, 04288 Leipzig
Kontaktdaten: Telefon: 03429742784
Email: hausarztpraxis-tauchnitz@t-online.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 mit- und weiterbehandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten 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 mit- und weiterbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche 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 Rontgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 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:

*Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Andreas Schurig*

Hausanschrift:
*Devrientstr. 1
01067 Dresden*

Postanschrift:
*Postfach 120016
01001 Dresden*

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Dieses Feld wird durch das Praxispersonal ausgefüllt!

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

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.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und 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.

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.

Datenschutzerklärung erhalten und zur Kenntnis genommen:

Leipzig, den _____

Unterschrift Patient

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Entbindung von der Schweigepflicht
gegenüber
mir nahestehende Personen:**

Dieses Feld wird durch das Praxispersonal ausgefüllt!

Hiermit entbinde ich ausdrücklich meinen Hausarzt gegenüber folgenden namentlich genannten Personen:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

bis zum (Gültigkeitsdatum) _____*, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand** und/oder erforderliche oder laufende Therapien/Medikamente** zu erteilen.

- Darüber hinaus dürfen o.g. Personen für mich hinterlegte Rezepte/Überweisungsscheine/Einweisungsscheine*** für mich in der Praxis abholen.

Leipzig, den _____

Unterschrift Patient

- * „Keine“ einschreiben, wenn keine Befristung gewünscht
 ** nicht Zutreffendes streichen
 *** gilt nur in Zusammenhang mit der Entbindung von der Schweigepflicht

**Einverständniserklärung
zur Erhebung und Weitergabe von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich mitbehandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen, ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Leipzig, den _____

Unterschrift Patient