

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Frauenarztpraxis E. Klus und Dr. B. Müller-Manschreck

Sehr geehrte Patientin,

seit dem 01.03.2021 haben wir die Praxis von Fr. Dr. Soentgen-Knorr übernommen. Wir hoffen, Sie fühlen sich bei uns wohl und bleiben weiterhin Patientin in dieser Praxis. Um Sie weiter gut betreuen zu können, würden wir gerne auf die schon vorliegenden Befunde und Unterlagen zugreifen. **Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen von Frau Klus und Frau Dr. Müller-Manschreck genutzt werden dürfen.

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

2. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Frauenarztpraxis E. Klus und Dr. B. Müller-Manschreck, Rodenkirchener Str. 162, 50997 Köln

3. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

4. 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 Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. Bsp. in Arztbriefen) Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereit gestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

5. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Dies schließt Email- und SMS-Informationen an Sie bzw. an die von Ihnen autorisierte Adresse und/oder Telefonnummer mit ein. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Labore, Psychotherapeuten, Hebammen, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt zur Dokumentation Ihrer Untersuchung und Behandlung, zur Abrechnung der erbrachten Leistungen sowie zur Klärung von medizinischen oder versichertenbezogenen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

6. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Dies schließt E-Mail- und SMS-Informationen an Sie bzw. an die von Ihnen autorisierte Adresse und/oder Telefonnummer mit ein. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berechtigung 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.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist im Bundesdatenschutzgesetz verankert. Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten nach o. a. Beschreibung zu.

Hiermit erlaube ich die Abholung von Rezepten, Einweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. durch Dritte (Ehepartner, Lebensgefährten/in, Kinder etc.)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift



Praxis für
Frauenheilkunde
& Geburtshilfe