

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ



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:

HNO Zentrum Aurich

Wallinghausener Straße 8 - 12, 26603 Aurich, Tel. +49 (0)4 94 1 / 60 55 410, Mail: mail@hno-zentrum-aurich.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund personenbezogener Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir (oder im Krankheits- und Vertretungsfall 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 grundsätzlich erlaubt ist und 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 berechnete 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 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ



Bestätigung zum Empfang der Datenschutzinformation und
Einverständniserklärung zur Verwendung der persönlichen Daten und zur Übermittlung von
Behandlungsdaten und Befunden nach § 73 Abs. 1b SGB V

▶▶ *Durch den Patienten auszufüllen!*

Nach- u. Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

- Ich bestätige, die Datenschutzinformation des HNO Zentrum Aurich zur Kenntnis genommen und ausgehändigt bekommen zu haben und stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder HNO-Facharzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Facharzt weiterzuleiten. Mein HNO-Arzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder HNO-Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an andere Ärzte und Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weitergibt. Dies darf:
- per Fax / Email erfolgen
 - oder/und
 - per Post oder durch persönliche Weiterleitung geschehen.

Ort, Datum:

Unterschrift d. Patienten
