



Patientinneninformation zum Datenschutz

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

Dr. med. Petra Cassens
Mühlenstr. 35, 59348 Lüdinghausen
Tel: 02591-9680030

Zuständige Datenschutzbeauftragte der Praxis: Simone Keuthage.

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, Therapievorschlüsse 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 so lange 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, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufnahmen laut 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 der 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW
Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

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 gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Dr. med. Petra Cassens



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Name: _____ **geb:** _____

Im Rahmen dieser Einwilligung bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern den MitarbeiterInnen der Praxis offen gelegt werden dürfen, sofern dies zu meiner Behandlung, zur Abrechnung mit der KV oder zur Befundübermittlung an KollegInnen erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle MitarbeiterInnen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ferner ist, falls notwendig, eine Befundübermittlung an KollegInnen erlaubt, auch im Rahmen der Telematikinfrastruktur über die „Praxis-KIM-Adresse“.

Befunde von bildgebenden Verfahren (z.B. Mammographien, Sonographien, Röntgen, MRT u.a.) dürfen von anderen KollegInnen, Krankenhäusern und Instituten angefordert und an die Praxis Dr. med. P. Cassens übermittelt werden.

Laborergebnisse (Blutentnahmen, Abstriche, Mikrobiologische Ergebnisse) dürfen ebenfalls angefordert und übermittelt werden, ebenso OP- und Behandlungsberichte.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Familienmitglieder/Freunde Unterlagen, Rezepte, Briefe oder Überweisungen für mich aus der Praxis abholen dürfen:

Namen der Bevollmächtigten: _____

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Familienmitglieder/Freunde telefonische Auskunft über Termine, Befunde erteilt bekommen dürfen:

Namen der Bevollmächtigten: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mir Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail zugesandt werden.



Lüdinghausen, Datum

Unterschrift der Patientin