

Patienteninformation und Datenschutzerklärung für gesetzlich Versicherte

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 puncto Datenschutz
haben.

Name, Vorname:

Geb.-datum:

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind:

Dr. Konrad Boche/ Dr. Frank Hamann
Käthe-Kollwitz-Str. 9
04109 Leipzig
0341/21 55 68 50

Den Namen des zuständigen Datenschutzbeauftragten entnehmen Sie bitte dem Aushang
in unserer Praxis. Dazu können Sie auch unsere Mitarbeiter befragen.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie unserer Webseite:

www.rheumapraxis-leipzig.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.

Erstellt am: 04.05.2021	Geprüft am: 06.05.2021	Freigegeben am: 06.05.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 4	Version 1.3	Datei: 04_Patienteninfo_Datenschutz_1.3odt

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, privatärztliche Versicherungsstellen, Verrechnungsstellen etwaiger Selektivverträge und Rentenversicherungen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. 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, z.B. 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, 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:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Andreas Schurig
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1
01067 Dresden

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 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.

Erstellt am: 04.05.2021	Geprüft am: 06.05.2021	Freigegeben am: 06.05.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 4	Version 1.3	Datei: 04_Patienteninfo_Datenschutz_1.3odt

7. Datenschutzerklärung

Ich bin mit der Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Diagnose, Therapie und Befunde einverstanden. Ich bin mit dem Datenaustausch und der Datenübermittlung meiner personenbezogenen Daten an die umseitig genannten Empfänger meiner Daten einverstanden.

Ich stimme einer Kontaktaufnahme der rheumatologischen Praxis mittels Telefons, Fax und E-Mail zu.

Dabei übernimmt die Praxis keine Garantie für die Übertragungssicherheit bei digitalen Medien. Eine Datenübertragung über WhatsApp, Facebook oder andere soziale Medien erfolgt nicht.

8. Ambulante spezialmedizinische Versorgung (ASV)

Die Praxis beteiligt sich an der sogenannten ambulanten spezialmedizinischen Versorgung, einem neuen vom Gesetzgeber unterstützten Versorgungsmodell. Wir sind Mitglied des ASV-Teams des Universitätsklinikum Leipzig. Die beteiligten Ärzte behandeln und beraten kompliziert verlaufende Formen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen gemeinsam. Sie werden von Ihrem behandelnden Arzt in der Praxis über die Behandlung im ASV-Team unterrichtet.

Wie Sie aus der oben angeführten Aufzählung der Mitglieder des ASV-Teams entnehmen können, sind im ASV-Team auch Ärzte, die Sie im Rahmen der ASV nicht persönlich behandeln. Um eine optimale Versorgung innerhalb der ASV gewährleisten zu können, ist es notwendig, medizinische Befund- und Behandlungsinformationen innerhalb des ASV-Teams auszutauschen. Die Weitergabe dieser Daten an Ärzte des ASV-Teams, die Sie nicht persönlich behandeln, ist nur mit Ihrer Einwilligung zulässig.

Wir bitten Sie deshalb, in die Weitergabe der in Ihrer Patientenakte enthaltenen medizinischen Daten an alle Ärzte des ASV-Teams einzuwilligen.

Selbstverständlich ist Ihre Einwilligung freiwillig. Möchten Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, hat dies keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber einem Sie behandelnden Mitglied des ASV-Teams zu widerrufen. Erteilen Sie Ihre Einwilligung nicht oder widerrufen diese später, werden die nicht unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte des ASV-Teams keine Kenntnisse (mehr) von Ihren medizinischen Daten erhalten und insbesondere auch nicht (weiter) an die Ihre Behandlung betreffenden Fallbesprechungen teilnehmen.

Ich willige ein, dass auch die an meiner Behandlung nicht beteiligten Ärzte des AV-Teams "Rheumatologische Erkrankungen bei Erwachsenen" Einsicht in meine Patientenakten und vorhandenen Unterlagen im Zusammenhang mit meiner Behandlung und zum Zwecke der abgestimmten und optimalen Therapie meiner Erkrankung erhalten.

Erstellt am: 04.05.2021	Geprüft am: 06.05.2021	Freigegeben am: 06.05.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 4	Version 1.3	Datei: 04_Patienteninfo_Datenschutz_1.3.odt

Dies umfasst auch mein Einverständnis damit, dass die mich behandelnden Ärzte für die gemeinsame Abstimmung und Erörterung meiner Behandlung, die zum Zwecke meiner Behandlung dokumentierten Daten und medizinischen Befunde allen beteiligten Ärzten im erforderlichen Umfang im Rahmen von Fallbesprechungen offenlegen, erläutern und darstellen.

Ich entbinde insoweit die mich behandelnden Ärzte des ASV-Teams von ihrer Schweigepflicht gegenüber den weiteren, mich nicht persönlich behandelnden Ärzten des ASV-Teams.

9. Löschung Ihrer Daten

Ich bin darüber informiert und erkläre mich damit einverstanden, dass gemäß DSGVO meine vollständigen Daten nach mindestens 10 Jahren und nach Abschluss der Behandlung oder wenn zwischenzeitlich kein Praxisbesuch stattgefunden hat, ohne weitere schriftliche Information, gelöscht werden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei einer Praxisübergabe, bzw. Eintritt eines neuen Kollegen in die Praxis dieser Einsicht in die Daten nehmen und nutzen darf. Der Datensatz kann auf meinen persönlichen Wunsch jederzeit gelöscht werden.

10. Widerspruchsrecht

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Vertreter

Erstellt am: 04.05.2021	Geprüft am: 06.05.2021	Freigegeben am: 06.05.2021
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 4	Version 1.3	Datei: 04_Patienteninfo_Datenschutz_1.3odt