

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Sie das Recht zu erfahren, wer zu welchem Zweck Ihre Daten verarbeitet, wie Sie bei Bedarf dagegen vorgehen können und wer die Verantwortung für die Datenverarbeitung trägt.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Gemeinschaftspraxis Dres C. Toch/ H. Seidenspinner  
Ehm-Welk-Straße 22  
18106 Rostock

### **2. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung Ihrer personengebundenen Daten erfolgt im Rahmen gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personengebundenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Diese Daten können Sie uns entweder selbst zur Verfügung stellen oder durch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung stellen lassen (Arztbrief).

Die Verarbeitung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereit gestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Aus diesem Grund erlaubt uns auch ein Gesetz, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h der Europäischen Datenschutz-Verordnung und Paragraph 22 Absatz Nummer 1 Buchstabe b Bundesdatenschutzgesetz, diese Daten zu verarbeiten, um Sie behandeln zu können.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Außer Ihrem behandelnden Arzt haben auch Praxismitarbeiter, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind, Zugriff auf Ihre Daten.

Darüber hinaus unterstützen uns externe Dienstleister, sogenannte Auftragsverarbeiter, bei der Wartung technischer Anlagen in der Praxis, die wir für Ihre Behandlung benötigen. Unsere Mitarbeiter und Dienstleister dürfen Ihre Daten nur nach unseren strengen Vorgaben verarbeiten und sind, wie auch Ihr behandelnder Arzt, gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten kann es erforderlich sein, Ihre Daten an mitbehandelnde Ärzte/ Psychotherapeuten und Labore oder andere Gesundheitsdienstleister zu übermitteln.

Insbesondere zur Abrechnung übermitteln wir Ihre Daten, soweit erforderlich, auch an die Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

#### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Die Fristen für die Aufbewahrung Ihrer Daten sind gesetzlich geregelt. Im Regelfall sind wir verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten noch 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden bereits nach einem Jahr gelöscht.

#### **5. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Verarbeitung Ihrer Daten von uns Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu.

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 Landesbeauftragte für Datenschutz und  
Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern  
Lennéstrasse 1  
19053 Schwerin

[www.Datenschutz-mv.de](http://www.Datenschutz-mv.de)

Ihr Praxisteam

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung und Dateneinholung

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z.B. Alter, Ihre Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten. Diese Daten müssen wir ggf. an weitere Ärzte, Krankenhäuser, Labore und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung übermitteln. Dies kann z.B. durch einen Arztbrief erfolgen. Unter Umständen benötigen wir für Ihre Behandlung aber auch Daten von anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern. Um Ihre Daten zu übermitteln oder auch einholen zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte beachten Sie, dass ohne diese Einwilligung eine sinnvolle Behandlung und Information der anderen Ärzte und sonstigen Leistungserbringer in der Regel nicht möglich ist. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Wollen Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, müssen Sie Ihre Daten an die Leistungserbringer übermitteln oder von diesen einholen. Daher bitten wir Sie, auch in Ihrem eigenen Interesse, um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich ein,

**Name:** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die behandelnden Ärzte Dr. Toch/ Dr. Seidenspinner zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztliche Versorgung und lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Labore und weitere Dienstleistungserbringer (wie z.B. Pflegedienst, Pflegeeinrichtung und Therapeuten) weitergegeben werden dürfen und von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisheriger Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in,  
ggf. gesetzlicher Vertreter

## Telefonische Befundübermittlung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_(Name, Vorname),  
mich einverstanden, dass mir von meiner hausärztlichen  
Gemeinschaftspraxis

Dres Toch/ Seidenspinner  
Ehm-Welk-Straße 22  
18106 Rostock

telefonische Befunde mitgeteilt werden dürfen.

Mir ist bewusst, dass dabei trotz größter Sorgfalt im laufenden  
Praxisbetrieb die Belange des Datenschutzes nicht immer zu 100% erfüllt  
werden können.

Diese Erklärung kann vom Patienten bzw. seinem Bevollmächtigten  
jederzeit widerrufen werden.

Rostock, den \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter)