

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHTS- ENTBINDUNG

Privatpraxis
Dr. med. Christian Wolff
Facharzt für Allgemeinmedizin
Manuelle Medizin/Chirotherapie
Eutiner Ring 6
23611 Bad Schwartau
Tel: 0151-10794268

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 Verarbeitung ihrer Personenbezogenen Daten ist:

Dr. med. Christian Wolff

Eutiner Ring 6

23611 Bad Schwartau

Tel: 0049 151 10794268

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: 0049 151 10794268

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir als ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur durch mich und ggf. durch meine zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter verarbeitet. 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 und Ärztekammern sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen 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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung. In diesen Fällen können sie vor Ablauf der Frist keinen Löschungsanspruch geltend machen.

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:
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Postfach 7116
24171 Kiel

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

7. ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Der Patient entbindet den Arzt sowie ggf. seine Praxismitarbeiter von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber - *nichtzutreffendes bitte streichen* -

- **Ehepartner/ Lebenspartner** (med. Rückfragen, Therapie, Untersuchungsergebnis)

Name: _____

- **folgenden weiteren Personen:**

- **Mitberhandelten Arzt/ Therapeuten** (medizinische Rückfragen und Arztbrief)

- **Apotheke** (bei erforderlichen Rückfragen zu einem Rezept)

hinsichtlich der im Rahmen der medizinischen Behandlung bekannt gewordenen Geheimnisse im jeweils erforderlichen Umfang.

Diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum _____

Patient _____