

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

## Augenarztpraxis Dr. med. Baltes

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

**Dr. med. Joachim Baltes**

Augenarzt

Hochstr. 28

41379 Brüggen

Tel.: 02163/952650, Fax: 02163/952652

### 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.

### 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, Kassen-Ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatArztliche 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 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 Paragraf 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 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:

### **Datenschutzbeauftragte NRW**

Kavalleriestr. 2-4

40213 Düsseldorf

Tel.: 0211/384240, Fax.: 0211/3842410

Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Web: <http://www.ldi.nrw.de>

### **Ärztammer Nordrhein**

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Tel.: 0211/43020, Fax.: 0211/43022009

Mail: [aerztekammer@aekno.de](mailto:aerztekammer@aekno.de)

Web: <http://www.aekano.de>

## 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.

Ihr Augenarzt

# Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, geehrter Patient,

mit unserer „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur *Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung*) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. *andere Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime*) übermitteln zu dürfen (z.B. *mittels Arztbrief*), bedarf es ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## 1. Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei *Dr. med. Joachim Balthes, Hochstraße 28, in 41379 Brüggen* an:

Den weiterbehandelnden Arzt, das Krankenhaus, das Labor, die Apotheke, das Pflegeheim, die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung, die Ärztekammer, die Krankenkasse, die privatärztliche Verrechnungsstelle, den Praxis Vertreter/Nachfolger und Rechtsanwalt weitergegeben werden dürfen.

## 2. Einwilligung Praxisorganisation

Um Ihnen unser Service- Angebot anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten für die Übermittlung von Informationen per Postweg, E-Mail, Telefon oder Fax verwendet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Die o.g. **Einwilligung in der Datenweitergabe** und - **Praxisorganisation** sind freiwillig, ich erteile hiermit in beiden Fällen mein Einverständnis.

Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig!

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

(Vorname, Nachname)

Brüggen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter