

Patienteninformation zum Datenschutz

Liebe Patientin,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.
Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten.
Diesem Schreiben können Sie entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

I. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

MVZ gynTeam Dr. Czerner GmbH
Klosterstr.12-14 in 50126 Bergheim
Telefon 02271 43922
E-Mail kontakt@gynteam-czerner.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Georg Kurz
Anschrift: s.o.
Kontakt: verwaltung@gynteam-czerner.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Ärztin 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

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 und Ärztekammern 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 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.

bitte wenden

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:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein – Bezirksstelle Köln Sedanstr. 10-16 50668 Köln

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 gerne an uns wenden.

.....
Bitte bestätigen Sie uns mit Unterschrift den Erhalt dieses Informationsschreibens. Und geben Sie es beim Empfang ab. Wir scannen das Schreiben ein und speichern es in Ihrer elektronischen Akte. Insofern Sie das unterschriebene Exemplar nach dem einscannen mitnehmen wollen, geben Sie bitte Bescheid. Ansonsten wird die Papierfassung vernichtet.

Ich habe die Informationen dieses Schreibens gelesen und bestätige hiermit den Erhalt.

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift

Vollmacht: (kann jederzeit schriftlich von Ihnen widerrufen werden)

Insofern ich,....., aus irgendwelchen Gründen

verhindert sein sollte Rezepte/Verordnungen die auf meinen Namen ausgestellt sind

persönlich abzuholen, erteile ich hiermit Frau/Herrn.....

Vollmacht die Rezepte/Verordnungen in meinem Namen in Empfang zu nehmen. In jedem Fall

muss die/der Bevollmächtigte meine Krankenkassenkarte zur Legitimation vorlegen.

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift