

### **Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie ärztlich betreuen zu können, müssen wir personenbezogene Daten über Sie erheben, speichern und weiter verarbeiten. Das sind neben Ihren Kontaktdaten wie Name und Anschrift natürlich vor allem Daten über Ihre Gesundheit und dafür relevante Sachverhalte, z.B. akute Beschwerden, Vorerkrankungen, Befunde, Diagnosen, Belastungs- und Gefährdungsfaktoren, durchgeführte Behandlungsschritte und Rezepte. Alle genannten Datenarten bezeichnen wir zusammenfassend als „Behandlungsdaten“. Hinzu kommen Daten für die Abrechnung der erbrachten Leistungen und Daten aus der Praxisorganisation wie z.B. Terminvereinbarungen. Diese nennen wir zusammenfassend „Verwaltungsdaten“.

Sowohl für Behandlungs- als auch für Verwaltungsdaten gelten die ärztlichen Schweigepflicht und die sonstigen Datenschutzvorschriften. Deshalb übermitteln diese Daten an Dritte nur, soweit es zu Ihrer Behandlung oder zur Abrechnung unbedingt erforderlich ist, soweit wir dazu verpflichtet sind oder soweit Sie uns das ausdrücklich erlaubt haben. Wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, geben wir Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiter. Bei bestimmten Diagnosen sind wir verpflichtet, eine Meldung an das Gesundheitsamt oder andere Behörden zu senden. – Wartungstechniker, die unsere medizinischen Geräte prüfen und instand halten, müssen in einzelnen Fällen auf Verwaltungs- und Behandlungsdaten unserer Patienten zugreifen können. Sie sind aber alle als Auftragsverarbeiter im Sinne der Datenschutzgesetze über spezielle Verträge verpflichtet, personenbezogene Daten nicht weitergehend oder zu anderen Zwecken zu verwenden, als es zur Wartung oder Instandhaltung der Geräte erforderlich ist. Sie gelten datenschutzrechtlich daher nicht als Dritte.

Insbesondere im Hinblick auf die Datenweitergabe und die Art der Übermittlung äußern unsere Patienten oftmals Wünsche, denen wir nur mit ihrer ausdrücklichen Einwilligung entsprechen können. Auf der Rückseite dieses Blattes können Sie für einige typische Fälle Ihre Einwilligung erteilen.

Wenn Sie genauere Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer Daten wünschen, können Sie sich gern an uns wenden. Sie haben das Recht auf umfassende Information über die bei uns zu Ihrer Person gespeicherten Daten und ihre Verwendung. Fehlerhafte Daten korrigieren wir natürlich; auch darauf haben Sie einen Anspruch.

Sollten Sie einmal Zweifel an der Rechtmäßigkeit unserer Datenverarbeitung haben, lassen Sie uns das bitte wissen. Wir werden alles tun, um diesbezügliche Probleme zu lösen. Die zuständige Aufsichtsbehörde und offizielle Beschwerdestelle in Sachen Datenschutz ist die

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de,  
www.ldi.nrw.de

Mit freundlichen Grüßen

Martin Zywietz und Team

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungs- bzw. Verwaltungsdaten in dem umseitig beschriebenen Sinn von der Praxis Dr. Zywietz in der Weise verarbeitet werden, wie es unten durch Ankreuzen gekennzeichnet ist.

	Einverstan- den	Nicht einverstan- den
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen <b>an andere Ärzte, Psychotherapeuten oder sonstige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen</b> , die mich behandeln, zum Zweck der weiteren Behandlung übermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen schriftlich, mündlich oder telefonisch an folgende Person bzw. Stelle weitergeben:  Name: ..... Straße: ..... PLZ Ort: ..... Telefon: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen jederzeit <b>per Fax</b> an folgende Nummer senden:  ..... Mir ist bekannt, dass diese Datenübermittlung unverschlüsselt erfolgt und eine Kenntnisnahme Dritter auf dem Übertragungsweg nicht ausgeschlossen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen jederzeit auch <b>per unverschlüsselter E-Mail</b> an folgende Adresse senden:  ..... Mir ist bekannt, dass eine Kenntnisnahme unverschlüsselter E-Mails durch Dritte auf dem Übertragungsweg nicht ausgeschlossen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf verschlossene an mich adressierte <b>Briefe</b> , auch wenn sie Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde enthalten, <b>außerhalb der Praxisräume</b> etwa durch Anheften an der Außenseite der Eingangstür <b>ohne weitere Sicherung zur Abholung deponieren</b> . Mir ist bewusst, dass die so bereitgestellten Briefe nicht gegen den Zugriff Dritter gesichert sind und dass die Praxis keine Verantwortung für den Verlust oder die Wegnahme solcher Briefe durch Dritte übernimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass ich jede dieser Einwilligungserklärungen jederzeit ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dazu genügt eine Mitteilung per Brief, Fax oder E-Mail an die Praxis.

Datum: ..... Unterschrift: .....