

Einwilligung zum Datenschutz

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

in die Patienteninformation zur DSGVO erläuterte Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein (nach §630a Abs. 1 BGB) und erkläre mich einverstanden, dass

- das MVZ Ärztehaus Mitte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (das sind z.B. Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Physiotherapeuten, kooperierende Labore u.a.) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert.
- das MVZ Ärztehaus Mitte mich betreffende Behandlungsdaten, Probenentnahmen und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer, auch **in unverschlüsselten E-Mails (§87a) übermittelt.**
- meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen im MVZ tätigen Ärzten genutzt werden und das MVZ -im Einklang mit den gesetzlichen Aufbewahrungsbestimmungen - Dokumente meiner Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen (wie z.B. dieses Formular) ausschließlich in digitaler Form aufbewahrt und mir die entsprechenden Originale aushändigt.
- im Fall eines Arztwechsels- mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert
- mich mein Arzt an Behandlungstermine erinnern darf.

Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

Datum, Unterschrift _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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 Datenverarbeitung ist:

MikroMy med. Versorgung Gesellschaft für mikrobiologische und mykologische Diagnostik mbH

Praxisname: MVZ Ärztehaus Mitte

Adresse: In den Ministergärten 1, 10117 Berlin

Kontaktdaten : Telefon: 030 – 212 34 36 – 400 Mail: info@aerztehaus-mitte.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

datenschutz@aerztehaus-mitte.de

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 privatärztliche 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 Paragraph 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:

Name: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Friedrichstraße 219 10969 Berlin

Kontaktdaten: 030/138 89-0 Telefax: 030/215 50 50 E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam