

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

PRAXIS JULIA HORSTMANN

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

Praxisname: Praxis Julia Horstmann

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Schloßstraße 12, 22041 Hamburg

Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): 040/20 41 41

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, 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, Kassenzusammenfassungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, 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 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.

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: *Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und*
Anschrift: *Ludwig-Erhard-Str. 22, 706, 20459 Hamburg Informations*

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.

028418125

Julia Horstmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin, Ernährungsmedizin,
Psychosomatik
und angestellte Ärzte
Schloßstraße 12 · 22041 Hamburg
Tel. 204141 · Fax. 2002603

Ihr Praxisteam

Unterschrift Patient/in

Einwilligungserklärung für Patienten

Name _____
Vorname _____
geboren am _____
E-Mail Adresse _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, ggf. notwendige Angaben zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an das **Labor Dr. Heidrich & Kollegen** bzw. an die assoziierte **Laborgemeinschaft Stuvkamp** zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Mir ist bewusst, dass zur Durchführung von seltenen Spezialanalysen mein Blut und andere Körpermaterialien sowie die notwendigen Daten zu meiner Person auch an andere Labore weiter gegeben werden. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an akkreditierte Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für privat- oder freiwillige Leistungen durch das leistungserbringende Labor gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum maximal 1,15-fachen Satz erfolgt.

Die Kosten für die Analysen sind im Analysenverzeichnis (www.labor-heidrich.de) aufgeführt oder können telefonisch im Labor erfragt werden (Tel. 040-97 07 999 -0).

Ja Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung, per **Fax** versendet werden dürfen.

Nein

Ja Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung, per **E-Mail** versendet werden dürfen.

Nein

028418125
Julia Horstmann
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin, Ernährungsmedizin,
Psychosomatik
und angestellte Ärzte
Schloßstraße 12 · 22041 Hamburg
Tel. 204141 · Fax. 2002603
Praxisstempel

Datum und Unterschrift des
Patienten/Erziehungsberechtigten