



INFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin,

wir nehmen die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen sehr ernst. Informationen über Sie und Ihren Gesundheitszustand werden von uns nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt. Wir möchten sicherstellen, dass Sie genau wissen, wer, wann, was über Sie erfährt und dass diese Daten nicht an unbefugte Dritte gelangen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die in unseren Praxen ausliegenden Informationsbögen.

1. WOFÜR UND AUF WELCHER RECHTSGRUNDLAGE VERARBEITEN WIR IHRE DATEN?

Für die Durchführung der Behandlung müssen personenbezogene Daten erhoben werden. Gemäß DSGVO Art. 6 Abs 1b) ist die Erhebung und Speicherung der Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrags erforderlich. Die Berechtigung zu Erhebung und Speicherung von Gesundheitsdaten ergibt sich aus DSGVO Artikel 9 Absatz 2 lit. h).

2. WELCHE DATEN VERARBEITEN WIR?

Wir verarbeiten Daten zur Person (Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum), Versicherungsdaten, Daten zum gesetzlichen Vertreter und insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Für Ihre medizinische Behandlung können uns auch Krankenhäuser, andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

3. WER BEKOMMT IHRE DATEN?

Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können sein:

- Labor Amedes, Gemeinschaftspraxis für Pathologie Dr. med. Belder, Dr. med. Leichsenring, Speziallabore (z.B. Genetikum)
- Ärzte und Psychotherapeuten, von denen Sie sich behandeln lassen
- Krankenhäuser wie Klinikum Gütersloh, St. Elisabeth-Hospital, Ev. Krankenhaus Bielefeld-Bethel, Klinikum Bielefeld, Universitätskliniken Münster, Essen oder Düsseldorf
- Tumorregister, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen
- Ihr Ehe- bzw. Lebenspartner oder eine andere Vertrauensperson, sofern Sie dem unten zustimmen

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen Fragen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. WIE LANGE SPEICHERN WIR IHRE 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.

5. WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, ggf. zu korrigieren, die Verarbeitung oder Weitergabe einzuschränken und Daten unter bestimmten Voraussetzungen löschen zu lassen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen. Außerdem haben Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

6. WER IST VERANTWORTLICH UND AN WEN KÖNNEN SIE SICH WENDEN?

Verantwortlich ist die Gemeinschaftspraxis Frauenärzte Gütersloh, Carl-Bertelsmann-Str. 69, 33332 Gütersloh, E-Mail info@gemeinschaftspraxis-frauenaerzte.de, Tel. 05241-92245. Unsere Datenschutzbeauftragte ist Nora Vormann, Carl-Bertelsmann-Str. 69, 33332 Gütersloh, E-Mail vormann@gemeinschaftspraxis-frauenaerzte.de, Tel. 05241-92245

7. EINWILLIGUNG

- Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Datenspeicherung und ~verarbeitung informiert und mit dem Vorgehen einverstanden bin.
- Ich bin damit einverstanden, dass mir Befunde und Terminerinnerungen per E-Mail und/oder SMS übermittelt werden.
- Ich erteile Herrn/Frau _____ eine generelle Auskunftsberechtigung und entbinde die Gemeinschaftspraxis Frauenärzte dafür von der Schweigepflicht. (für ggf. Rezeptabholungen)

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift