FB DSGVO Einverständnis

PATIENTEN-INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ ERGÄNZUNGEN ZUM BEHANDLUNGSVERTRAG

Frauenarztpraxis Dr. Eike Windau

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: Dr. Windau
Praxisname: Frauenarztpraxis Dr. Windau
Adresse: Menkestrasse 3-5, 26419 Schortens
Kontaktdaten: 04461/8558, mail@frauenarzt-windau.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.
Ebenso verarbeiten wir Ihre Daten zur Terminerinnerung, Benachrichtigung und zwecks Recall sowohl per Post als auch per Email (unverschlüsselt) und SMS bzw. Praxisapp „Mein Frauenarzt“

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, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, die Rechtsschutzstelle der Ärzte, sowie externe Labore (z.B. Labor Enders, Amedes und Zytolabor Hartkopf) sein, ebenso die Softwarevertriebspartner (Medatixx, Tomedo, 321med, Samedi, Fax.de, Monks) oder bei Zahlungssäumigen Patientinnen oder bei rechtlichen Auseinandersetzungen die Staatsanwaltschaft und der beauftragte Rechtsanwalt oder das beauftragte Inkassounternehmen.
Sie erlauben mit Ihrer Unterschrift die Weitergabe von Befunden an andere mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Hebammen und andere Einrichtungen, sofern diese entsprechende Anfragen stellen (Schweigepflichtsentbindung).
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 berechtigte Empfänger.

4. DATENÜBERMITTLUNG PER E-MAIL

Bei Mitteilung Ihrer E-Mail erklären Sie sich mit diesem Kommunikationsweg einverstanden. Auch wenn die E-Mails unverschlüsselt übersandt werden. Wir setzen voraus, dass es Ihnen bewusst ist, dass ein Risiko der Einsicht durch Dritte besteht. Sie erklären hiermit die Praxis Dr. Eike Windau und deren Mitarbeiter von jeglicher Haftung bei Einsicht Dritter freizustellen.

5. AKTENEINSICHT

Dr. Eike Windau und Monika Denzin haben vom 01.01.2017 bis zum 30.06.2019 eine Praxisgemeinschaft mit jeweils

eigener Patientenakte betrieben. Sie vertraten sich im Urlaubsfalle oder bei Behandlung akuter Notfälle gegenseitig. Hierfür ist zur besseren Einschätzung Ihrer Gesundheitslage die jeweilige Genehmigung der Akteneinsicht, sowie Verwendung der von Frau Denzin erhobenen Daten in die eigene Patientenakte ggf. sinnvoll. Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift diese Erlaubnis. Altpatienten von Dr. Kirchhoff genehmigen ebenfalls die Einsicht seiner alten Akten, falls medizinisch sinnvoll bzw. notwendig, sowie die Übernahme von relevanten Befunden in die neue Patientenakte von Dr. Windau.

6. BERICHTSPFLICHT

Wenn Sie wünschen, dass in jedem Falle ein Befundbericht an Ihren Hausarzt gesendet wird (z.B. auch bei unauffälliger Krebsvorsorge), weisen Sie den Arzt bitte zu Beginn der Behandlung darauf hin. Ansonsten verzichten Sie auf die sogenannte Berichtspflicht. Sollte es Besonderheiten geben, wird Ihr Hausarzt von uns nach Rücksprache mit Ihnen informiert.

7. BEFUNDMITTEILUNG DURCH MEDIZINISCHES PERSONAL / GENDIAGNOSTIKGESETZ

Sie erlauben die persönliche Mitteilung von Befunden durch die Mitarbeiter der Praxis an Sie selber. Auch wenn Sie das Gendiagnostikgesetz betreffen (z.B. Mitteilung des Ergebnisses der „Nackenfaltenmessung oder Gerinnungsdiagnostik etc.). Sie erklären sich mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen über die vorgeschriebene gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

8. ERSATZVERFAHREN

Sie erlauben die Anforderung eines sogenannten Ersatzscheines von Ihrer Krankenkasse falls notwendig. Das Ersatzverfahren kommt zustande, wenn am Ende des Abrechnungsquartals Ihre Krankenkassenkarte trotz medizinischer Behandlung nicht von unserer Praxis EDV erfasst wurde. Z.B. wenn vergessen wurde diese einzulesen oder es zu einem Lesefehler kommt bzw. die Karte nicht lesbar war oder Sie die Krankenkasse gewechselt haben und noch keine Karte besitzen etc.

9. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.
Wenn Sie auf unserem Anrufbeantworter ein Rezept oder eine Überweisung vorbestellen erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr personenbezogener Datensatz auf diesem zum Zwecke der oben genannten Datenverarbeitung für ca. 4 Tage gespeichert und anschließend vernichtet wird.
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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

10. BABYFOTOS

Sie erklären sich einverstanden, dass eine Karte mit Foto Ihres Kindes, welches Sie uns nach der Geburt zur Verfügung stellen, in unserer Babygalerie ausgestellt wird. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein bitten wir um kurzen formlosen schriftlichen Widerspruch.

11. AUSFALLHONORAR

Da es sich bei unserer Praxis um eine Bestellpraxis handelt, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden mit unseren Regelungen zum Ausfallhonorar bei unentschuldigt nicht wahrgenommenen Terminen. Wird ein vereinbarter Termin nicht mindestens 24h vorher abgesagt steht der Praxis ein Ausfallhonorar nach §§611,612 BGB zu, wenn der Termin nicht anders genutzt oder vergeben werden konnte. Derzeit fallen 32,17 € bei einem Termin an. Wenn Sie einen Termin als Neupatientin vereinbart haben sollten fallen 41,56€ an.

12. PRAXIS APP

Mit der Installation unserer Praxis App „Mein Frauenarzt“ erklären Sie sich ggf. durch gesondertes Einverständnis innerhalb der App bereit, Nachrichten von uns über diese zu empfangen. Diese App entspricht den aktuellen Vorgaben der DSGVO. Die Benachrichtigung erfolgt im sogenannten Push-verfahren. Wir setzen voraus, dass es Ihnen bewusst ist, dass ein Restrisiko der Einsicht durch Dritte besteht. Sie erklären hiermit die Praxis Dr. Eike Windau und deren Mitarbeiter von jeglicher Haftung bei Einsicht Dritter freizustellen.

13. ONLINEREZEPTION

Unsere Website nutzt den Online-Rezeptionsservicedienst 321 MED für die digitale, online-basierte Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten/-innen und Gesundheitseinrichtungen und/oder Arztpraxen. Dienstanbieter ist die 321 MED GmbH, Wernerwerkstraße 4, 93049 Regensburg. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Website.

14. WEITERLEITUNG VON PATIENTENDATEN TROTZ EVENTUELLEM WIDERSPRUCH IM RAHMEN DER KREBSVORSORGE (oKFE-RL)

Im Rahmen der oKFE werden Ärzte durch § 299 SGB V in Verbindung mit der oKFE-RL zur Übermittlung versichertenbezogener Daten in verschlüsselter Form verpflichtet. Diese gesetzliche Verpflichtung besteht unabhängig von einer Einwilligung oder einem (erwarteten) Widerspruch des Patienten. Ein Widerspruch entfalte somit erst nach erfolgter Weiterleitung – gegenüber dem nunmehr verantwortlichen GBA (gemeinsamer Bundesausschuss) – Wirkung. Dieser gesetzlich vorgesehene Ablauf ist auch dann einzuhalten, wenn der Arzt von einem (beabsichtigten) Widerspruch gegenüber der Widerspruchsstelle des GBA Kenntnis hat.
Ihren Widerspruch richten Sie gegebenenfalls bitte an die Widerspruchstelle G-BA, Hainstrasse 16, 04109 Leipzig oder gba@widerspruchstelle.de.

15. VERBOT VON BILD- & TONAUFNAHMEN

Die Arztpraxis ist ein geschützter Raum, in dem viele vertrauliche Informationen ausgetauscht werden. Um die Privatsphäre aller Patienten und des medizinischen Personals zu wahren, gelten hier besondere Regeln: Jegliche Anfertigung von Bild- und Tonaufzeichnungen ist in diesen Räumlichkeiten strengstens untersagt. Dies gilt für alle Bereiche der Praxis, einschließlich Wartezimmer, Behandlungsräume und Empfangsbereich. Zuwiderhandlungen gegen diese Regelung werden ernst genommen und können strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Wir bitten um Ihr Verständnis und Ihre Kooperation, um eine vertrauensvolle Atmosphäre für alle zu gewährleisten. Wir danken Ihnen für Ihre Rücksichtnahme und Ihren Beitrag zum Schutz der Privatsphäre in unserer Praxis.

16. 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 Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen ist:
Barbara Thiel, Postfach 2 21, 30002 Hannover

17. 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.

Hiermit bestätige ich die obige Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben und erkläre mein Einverständnis:

Ort / Datum:

Name, Nachmane: Unterschrift: