

INFORMATION 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

Facharztpraxis für Gastroenterologie Berlin-Nord, **Datenschutzbeauftragte: Frau Cornelia Stobinski**
Backnanger Str. 17-18, 13467 Berlin, Telefon: (+49) 30-405 333 08, Fax: (+49) 30-404 176 7

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 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.

Folgende Daten über Ihre Person sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten werden gespeichert und wie nachfolgend verarbeitet bez. genutzt:

- Persönliche Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummern)
- Versicherungsdaten (Krankenversicherungsnummer, Krankenkasse, Versicherungsstatus)
- Behandlungsdiagnosen, Dokumentation der Krankengeschichte
- Untersuchungsbefunde, die in unserer Praxis erhoben wurden
- durchgeführte Therapien und empfohlene Therapiekonzepte
- Untersuchungsbefunde und Krankenhausberichte, die uns übermittelt wurden

3. FORM DER DATENSPEICHERUNG UND ÜBERMITTLUNG

Die in 2. aufgeführten personenbezogenen Daten werden sowohl in Papierform als auch digital gespeichert.

Die Lagerung der Dokumente in Papierform erfolgt in abschließbaren Schränken in den Praxisräumen sowie im Archiv in abschließbaren Kellerräumen. Zur Verwaltung der digitalen Patientendaten kommt die Passwort geschützte, zertifizierte Praxissoftware Medistar zur Anwendung. Die Wartungsfirma CompuGroupMedical ist zur Verschwiegenheit verpflichtet und es wurde eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DS-GVO geschlossen. Die Weitergabe digitaler Daten an unter 4. aufgeführte Empfänger erfolgt über eine gesicherte VPN Tunnelverbindung, per Fax oder in Papierform auf dem Postweg.

4. 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 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 berechtigte Empfänger.

EINE ÜBERMITTLUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN AN FOLGENDE EMPFÄNGER IST MÖGLICH:

- **Pathotres: Gemeinschaftspraxis für Pathologie**
Teltowkanalstraße 2, 12247 Berlin
- **Labor 28**
Mecklenburgische Straße 28, 14197 Berlin
- **Kassenärztliche Vereinigung Berlin**
(gesetzlich versicherte Patienten)
Masurenallee 6A, 14057 Berlin
- **PVS Berlin** (privat versicherte Patienten)
Invalidenstraße 92, 10115 Berlin
- **Zuweisender Arzt** (falls abweichend vom Hausarzt)
- **Hausarzt**
- **Ärzte, an die wir die Patienten ggf. überweisen**
- **Krankenhäuser**
- **Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin** (bei Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung oder Frühstadien)
Registerstelle Berlin, Potsdamer Str. 182, 10783 Berlin

5. DATENAUSTAUSCH PER E-MAIL/TELEFAX

Üblicherweise versenden wir unsere Befunde per Post und nur in Ausnahmefällen (bei denen der Postweg zu langsam für eine schnell erforderliche Weiterbehandlung ist) per Email oder Fax. Dabei können wir nicht ausschließen, dass die übermittelten Daten von Unbefugten zur Kenntnis genommen, kopiert oder eventuell sogar verändert werden.

6. 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.

7. 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:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin

8. 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.

Der Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogener Daten wie beschrieben stimme ich zu.

Ja Nein

Der Datenübermittlung an die unter 4. genannten Empfänger stimme ich zu.

Ja Nein

Der Datenübermittlung per E-Mail oder Fax stimme ich zu.

Ja Nein

Der Datenübermittlung an folgende Empfänger stimme ich **nicht** zu:

Die Zustimmung kann jederzeit, auch in Teilbereichen (z.B. Einschränkung der Empfänger), widerrufen werden.

Berlin, den _____ Unterschrift Patientin/Patient: _____

Name in Druckbuchstaben: _____