

Patienteninformation zum Datenschutz

Art. 13 DSGVO · Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Mit diesem Dokument informieren wir Sie darüber, welche personenbezogenen Daten wir im Rahmen Ihrer Behandlung verarbeiten, zu welchen Zwecken dies geschieht und welche Rechte Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zustehen.

1. Verantwortlicher

Praxis	Landarztpraxis Diana Perske Fachärztin für Allgemeinmedizin
Anschrift	Schulstraße 13a, 14947 Nuthe-Urstromtal OT Woltersdorf
Telefon	(03371) 6955012-1
E-Mail	info@arztpraxis-perske.de
Website	www.arztpraxis-perske.de

2. Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlagen

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zu Zwecken, die mit Ihrer medizinischen Versorgung, der Praxisverwaltung und der Erfüllung gesetzlicher Pflichten in Zusammenhang stehen. Dazu gehören insbesondere:

- **Medizinische Behandlung** (Anamnese, Diagnostik, Therapie, Überweisungen, Rezepte, Befundmitteilungen, Nachsorge)
- **Patientendokumentation** gemäß § 630f BGB und berufsrechtlichen Vorgaben
- **Abrechnung** gegenüber Kassenärztlicher Vereinigung, gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen, ggf. Privatliquidation
- **Qualitätssicherung und Fortbildung** nach SGB V und berufsrechtlichen Regelungen
- **Organisation und Kommunikation** (Terminvergabe, Erinnerungen, Rezept-/Überweisungsanfragen, Feedbackmanagement)
- **Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs-, Melde- und Dokumentationspflichten**

Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Durchführung des Behandlungsvertrages), Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen), Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG (Verarbeitung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, medizinischen Diagnostik, Versorgung oder Behandlung im Gesundheitsbereich), sowie § 203 StGB (ärztliche Schweigepflicht).

3. Kategorien der verarbeiteten Daten

- **Stammdaten:** Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten, Krankenversicherung
- **Gesundheitsdaten** (Art. 9 DSGVO): Anamnese, Diagnosen, Befunde, Laborwerte, bildgebende Verfahren, Medikation, Impfstatus, Allergien, Therapieverläufe
- **Abrechnungsdaten:** Leistungsziffern, AU-Bescheinigungen, Verordnungen, Abrechnungsunterlagen
- **Organisatorische Daten:** Terminhistorie, Kontaktprotokolle, Korrespondenz

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Wir geben Ihre Daten nur dann weiter, wenn dies für die Behandlung, Abrechnung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Empfänger können sein:

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen
(KVBB)

Gesetzliche und private Krankenkassen / Beihilfestellen	Abrechnung, Kostenerstattung, Prüfverfahren
Überweisende / mit- oder weiterbehandelnde Ärzte	Befundaustausch, konsiliarische Beratung
Labore, Pathologie, Radiologie	Durchführung veranlasster Untersuchungen
Apotheken	Einlösung von Rezepten
Praxisverwaltungssoftware, Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO)	Technischer Betrieb unter vertraglicher Bindung an unsere Weisungen
Gesundheitsamt, Meldestellen	Gesetzliche Meldepflichten (z. B. IfSG)
Gerichte, Strafverfolgungsbehörden	Nur bei gesetzlicher Herausgabepflicht oder Ihrer Einwilligung

5. Übermittlung in Drittländer

Eine Übermittlung personenbezogener Daten in Länder außerhalb der EU/des EWR findet **grundsätzlich nicht** statt. Sollte im Einzelfall (z. B. bei technischen Dienstleistern) doch eine Drittlandübermittlung erforderlich werden, erfolgt diese ausschließlich unter den Garantien nach Art. 44 ff. DSGVO (Angemessenheitsbeschluss oder Standardvertragsklauseln).

6. Speicherdauer

- **Patientendokumentation:** mindestens 10 Jahre nach § 630f Abs. 3 BGB
- **Röntgen- und strahlentherapeutische Aufzeichnungen:** bis zu 30 Jahre (§ 85 StrlSchG)
- **Abrechnungsunterlagen:** 10 Jahre nach § 257 HGB, § 147 AO
- **Einwilligungen und Widerrufe:** für die Dauer der Behandlung zzgl. gesetzlicher Aufbewahrungsfristen
- Darüber hinausgehende Speicherung nur, soweit es aufgrund besonderer gesetzlicher Vorschriften (z. B. Impfbuchführung) oder aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

7. Ihre Rechte als betroffene Person

Nach der DSGVO stehen Ihnen uns gegenüber folgende Rechte zu:

- **Auskunft** über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- **Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- **Löschung**, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen (Art. 17 DSGVO)
- **Einschränkung** der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 DSGVO)
- **Widerspruch** aus Gründen Ihrer besonderen Situation (Art. 21 DSGVO)
- **Widerruf erteilter Einwilligungen** mit Wirkung für die Zukunft (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte genügt eine formlose Mitteilung an die unter Ziffer 1 genannten Kontaktdaten.

8. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO). Zuständig ist für uns:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow · Tel. (033203) 356-0 · poststelle@lda.brandenburg.de ·
www.lda.brandenburg.de

9. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung der für die Behandlung erforderlichen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Sie sind nicht verpflichtet, diese Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die für den Behandlungsvertrag und die Abrechnung erforderlichen Angaben ist eine ordnungsgemäße medizinische

Versorgung jedoch **nicht** möglich.

10. Automatisierte Entscheidungsfindung / Profiling

Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling im Sinne von Art. 22 DSGVO findet **nicht** statt.

11. Kenntnisnahme der Patienteninformation

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehende **Patienteninformation zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO** erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

12. Zusätzliche Einwilligungen (freiwillig)

Die folgenden Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie zustimmen.

Telefonische Befundauskunft: Ich bin damit einverstanden, dass mir Befunde und medizinische Informationen *telefonisch* mitgeteilt werden.

Kommunikation per E-Mail: Ich bin damit einverstanden, dass mit mir per E-Mail (unverschlüsselt) organisatorische Informationen (z. B. Terminbestätigungen, Rückfragen) ausgetauscht werden.
E-Mail-Adresse:

Terminreminder per SMS: Ich bin damit einverstanden, dass ich an bevorstehende Termine per *SMS* erinnert werde.
Mobilnummer:

Auskunft an Angehörige: Ich bin damit einverstanden, dass folgende Person(en) Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhält/erhalten. Die Schweigepflicht wird insoweit entbunden.
Name(n) & Verhältnis:

Online-Formulare / Zusendung von Unterlagen: Ich bin damit einverstanden, dass mir Formulare (z. B. Anamnesebogen) auf Wunsch per E-Mail zugesendet bzw. zum Download bereitgestellt werden.

Widerruf: Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

13. Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Bei gesetzl. Vertretung: Name und Verhältnis

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in / gesetzl. Vertreter:in