

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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 und weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

PHYSIOAktiv Daniela Weinert, Dieker Straße 60, 42781 HaaN

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen, Ihrem Therapeuten und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktdaten), Ihre Gesundheitsdaten (Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde), Abrechnungsdaten und Verordnungsdaten. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und Physiotherapeuten, 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 keine sorgfältige Behandlung stattfinden.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können v.a. Ärzte / Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und/oder Abrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck 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. Einwilligungspflichtige Datenverarbeitungen und Entbindung von Schweigepflicht

Für die folgenden Datenverarbeitungen ist Ihre freiwillige Einwilligung erforderlich:

- ☐ Kontaktaufnahme per E-Mail, SMS oder Messenger

Ich willige ein, dass die Praxis mit mir per unverschlüsselter E-Mail, per SMS und/oder Messenger kommuniziert (z.B. Für Terminabsprachen, organisatorische Hinweise)

- ☐ Weitergabe an behandelnde Ärzte / Therapeuten

Ich willige ein, dass die behandlungsrelevanten Daten an Ärzte oder Therapeuten übermittelt werden. Ich entbinde die Praxis insoweit ausdrücklich von der bestehenden Schweigepflicht.

☐ Weitergabe an Abrechnungszentrum

Ich willige ein, dass die Praxis die abrechnungsrelevanten Daten an das Abrechnungszentrum rfhm GmbH (Claudius-Keller-Straße 3c, 81669 München) übermitteln darf.

5. Widerruf

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an:

- PhysioAktiv Daniela Weinert, Dieker Strasse 60, 42781 Haan.

Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Im Fall des Widerrufs der Einwilligung zu Weitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt die Abrechnung der erbrachten Behandlungsleistungen direkt gegenüber der/dem Patient:in.

6. Speicherung Ihrer Daten

Die Behandlungsdokumentation wird gemäß § 630f Abs. 3 BGB mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen (Art. 16 DSGVO).

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) zu.

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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Name in Druckschrift eintragen