



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Ferner sind wir nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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.

**Wenn Sie einer Kommunikation per Email zwischen unserer Praxis und Ihnen zustimmen und Sie eine Kopie des Arztberichtes zu Ihrer Verwendung wünschen, teilen Sie uns bitte Ihre Emailadresse mit.**

Ich wünsche eine Kopie des Arztbriefes als PDF und stimme der Verwendung meiner Emailadresse zur Kommunikation zwischen mir und der Praxis zu.

Emailadresse: \_\_\_\_\_

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis

- Berliner Straße 207-211, 65205 Wiesbaden, Telefon: 0611 988 751 0

- An der Goldgrube 11, 55131 Mainz, Telefon: 06131 698 2020

Email: info@neurochirurgie-rhein-main-nahe.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter oben genanntem Kontakt.

### 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 keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche 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 berechnigte Empfänger.

### 4. 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 Rontgenaufzeichnungen laut §28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

### 5. 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 Aufsichtsbehore 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 Aufsichtsbehörden lauten:

- Hessen: Hessischer Datenschutzbeauftragter, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
- RLP: Landesbeauftragter für den Datenschutz und Informationsfreiheit, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

## BESTÄTIGUNG

Ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

habe die Patienteninformation zum Datenschutz heute zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift