

## **Patienteninformation zum Datenschutz / Schweigepflichtentbindung**

---

Sehr geehrte Patienten, 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.

### VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Privatarztpraxis Dr. med. Mariam El Mozayen

Adresse: Simmernerstraße 2, 55494 Rheinböllen

Kontaktdaten: 06764/8994949

### 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, Therapieempfehlungen 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.

### 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, Unfallkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Konkret arbeiten wir mit der „Privadis“ in Krefeld zusammen (Hinweis: siehe hierzu die gesonderte Einverständniserklärung zu Datenübermittlung und Datenschutzhinweise auf [www.privadis.de](http://www.privadis.de) sowie unsere Auslage im Wartezimmer). 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 berechnete Empfänger.

---

### SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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 lt. § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogener 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 personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Rheinland-Pfalz

Postfach 3040                      55020 Mainz

[poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)

### RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist;

Artikel 9 Absatz 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

---

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN**

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten und Befunden, gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

- Weiterleitung von angeforderten Befunden an den mitbehandelnden Arzt
- zur Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen
- Weiterleitung / Abholung von Befunden durch bevollmächtigte Personen
- Zur Übermittlung von Befunden o. ä. mittels E-Mail oder Fax

### **DURCH DEN PATIENTEN AUSZUFÜLLEN!**

### **BITTE KREUZEN SIE ALLE FRAGEN MIT JA ODER NEIN AN!**

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ mich einverstanden,

Name, Vorname, Geburtsdatum

- dass Dr. med. Mariam El Mozayen, Privatarztpraxis Simmernerstr. 2 in 55494 Rheinböllen, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt; bei mitbehandelnden Ärzten, Fachärzten, Radiologien, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten, einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin. Die betroffenen Institutionen / Personen sind verpflichtet, diese Befunde an das Praxisteam Dr. med. Mariam El Mozayen weiterzuleiten. Diese Informationen darf das Praxisteam nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.

Nein       Ja

- dass die Privatarztpraxis Dr. med. Mariam El Mozayen angeforderte Befunde an den mitbehandelnden Arzt oder Krankenhaus weiterleiten darf.

Nein       Ja

- mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen durch die folgende bevollmächtigte Person:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum

Nein       Ja

- 
- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung / Übermittlung von Befunden per E-Mail oder Fax an folgende E-Mailadresse oder Faxnummer erfolgen kann.

---

E-Mailadresse

Faxnummer

Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail / das Fax mitlesen können. Der

Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und E-Mailadresse und für die Überwachung der Korrespondenz.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per Brief oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht. Ich bin dennoch bei Bedarf (bei Anforderung durch den Patienten) mit der Übermittlung einverstanden.

Nein       Ja

- Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogener Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per Post oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Nein       Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die datenschutzrechtlichen Praxisinformationen erhalten habe und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**X**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreter