

PATIENTENINFORMATION 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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

GTMS – Gesellschaft für therapeutische und medizinische Leistungen Siegen mbH
Weidenauer Str. 76
57076 Siegen
Herr Fölsing
E-Mail: i.foelsing@klinikum-siegen.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Frau Hinkel
Weidenauer Str. 76
57076 Siegen
Tel.: 0271/7052060 E-Mail.: datenschutz@klinikum-siegen.de

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 Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder 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 eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. 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 / Physiotherapeuten, andere medizinische Leistungserbringer, 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 Rahmen des Forderungsmanagements (Buchhaltung / Mahnwesen) werden die Daten an die Kreisklinikum Siegen GmbH, Weidenauer Str. 76, 5776 Siegen, übermittelt. Im Einzelfall wird die Durchführung des Mahnverfahrens durch einen externen Dienstleister übernommen. In einem solchen Fall erfolgt die Übermittlung der Daten an Creditreform Siegen, Ernst-Hain KG, Postfach 10 11 61, 57011 Siegen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger. Für die Betreuung der Praxissoftware sind die Kreisklinikum Siegen GmbH und SOVDWAER GmbH, Franckstr. 5, 71636 Ludwigsburg, zuständig. Für die Terminvereinbarung nutzen wir die Terminland GmbH, Kreuzberger Ring 44a, 65205 Wiesbaden. Im Rahmen der Betreuung können die Unternehmen Kenntnis von Ihren Daten nehmen.

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 Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadenersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadenersatzansprüche des Patienten gegen seine Behandler gemäß §199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

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 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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

6. 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.

Ich:

Name _____

geb. _____

bestätige, dass ich die PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ erhalten habe.

Datum:

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

Datenübermittlung

1. Datenweitergabe zwecks Weiterbehandlung

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Klinikum Vital meine Behandlungsdaten und Befunde zwecks Weiterbehandlung an meinen Hausarzt/mitbehandelnden/überweisenden Arzt auch Online übermitteln darf.

☐ Ja

☐ Nein

2. Anforderung von Daten

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis bei meinem Hausarzt/mitbehandelnden/überweisenden Arzt Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, wenn dies für meine Behandlung im Klinikum Vital erforderlich ist. Die Praxis versichert, die erhaltenen Daten nur zu dem Zweck zu verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ Ja

☐ Nein

3. Terminerinnerungen erfolgen per E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Praxissoftwaresystems SOVDWAER per E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerung wieder aus.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Praxis für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Praxis und niedergelassenem Arzt statt.

☐ Ja

☐ Nein

4. Einverständniserklärung zur Foto und Videodokumentation

Ja, ich stimme Foto-/Videoaufnahmen zu Therapiezwecken und Speicherung in der Therapieverlaufsdokumentation zu.

☐ Ja

☐ Nein

5. Einwilligung zur Datenübermittlung im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung

Ich bin damit darüber informiert worden, dass die Kreisklinikum Siegen GmbH die Durchführung des Mahnverfahrens teilweise durch einen externen Dienstleister erbringen lässt.

Die Auftragsdatenverarbeitung erfolgt durch:

Creditreform Siegen
Ernst Hain KG
Postfach 10 11 61
57011 Siegen

Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Durchführung des Verfahrens notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie:

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Forderungsgrund (z. B. ambulante Behandlung als Privatpatient, Selbstzahler)

sowie weitere Angaben (Rechnungsdatum, Forderungshöhe) erforderlich. Die Mitarbeiter des Dienstleisters unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Klinikum Vital bzw. die Kreisklinikum Siegen dem beauftragten Unternehmen diese Daten zum Zwecke der Abwicklung des Mahnverfahrens übermittelt und entbinde sie dafür von der ärztlichen Schweigepflicht.

___ Ja

___ Nein

Diese Einwilligungen sind freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der beauftragten Unternehmen und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an die GTMS zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung, Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Siegen, _____

(Datum)

(Unterschrift des Patienten)