
Nachname

Vorname

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Nervenarztpraxis Distl

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Zu Ihrer Information folgt hier ein Auszug aus der in unserer Praxis geltenden Datenschutz-Richtlinie, die Sie im Ordner ‚Patienteninformationen‘ vollständig einsehen können:

„0.1. Datenschutzverantwortlicher

Dr. Roland Distl

Rummelsburger Str. 13

10315 Berlin

Tel. 030-9721500

roland.distl@nervenarzt-lichtenberg.de [...]

1.0. Grundsätzliches

Patienten teilen sehr persönliche Daten mit, die in unterschiedlichem Maße für die Behandlung erforderlich sind und in diese einfließen. Aufgrund der Natur psychischer Erkrankungen gilt dies in besonderer Weise für eine Nervenarztpraxis. Mit diesen Daten verantwortungsvoll umzugehen, ist eine der wichtigsten Pflichten der Beschäftigten, [...]

1.3. Weitergabe von Daten (Empfänger von Daten)

[...] Grundsätzlich gilt für die Beschäftigten das Verschwiegenheitsgebot (Schweigepflicht) gegenüber Dritten. [...]

1.3.3. Schriftverkehr (E-Mail und Smartphone)

Der Datenaustausch per E-Mail ist zwar sehr praktisch, jedoch nicht sicher hinsichtlich der Möglichkeit unberechtigter Dritter, sich personenbezogener Daten zu bemächtigen, da er in der Regel nicht verschlüsselt ist. Der Datenaustausch über Smartphone (SMS, WhatsApp) ist ebenfalls nicht sicher. Daher können über diese Medien nur Daten ausgetauscht werden, wenn die Patienten über die Gefahr des Datenverlustes aufgeklärt worden sind und zugestimmt haben. Die Zustimmung ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) zu dokumentieren. [...]

1.3.8. Ausstellung ärztlicher Stellungnahmen auf Anfrage (Verarbeitungstätigkeit 10)

Zahlreiche Menschen bzw. Institutionen wenden sich mit unterschiedlichem Interessenshintergrund an den Arzt mit der Bitte um ärztliche Stellungnahme. [...] Die Beantwortung von Anfragen von Sozialversicherungsträgern, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Arbeitsagentur entspricht gesetzlichen Vorgaben. Diese im Einzelfall zu überprüfen ist nicht Aufgabe des Arztes. Der Arzt kann sich vor Beantwortung von Anfragen dieser Kategorie mit dem betroffe-

nen Patienten absprechen, muss dies aber nicht. Die Weitergabe an Daten muss sich auf den zur Beantwortung der Anfrage nötigen Inhalt und Umfang beschränken. [...]

1.5.3. Routinemäßige Vernichtung nach zehn Jahren

Die Patientendaten werden grundsätzlich zehn Jahre gespeichert. Nach zehn Jahren können sie vernichtet (gelöscht) werden (§10 Abs. 3 BO-BÄK, §630 Abs. 3 BGB), dies erfolgt in der Praxis routinemäßig, es sei denn, die Patientendaten werden noch benötigt, da der Patient noch in Behandlung ist.

1.6. Recht des Patienten auf Einsichtnahme

Patienten haben nach §10 Abs. 2 BO-BÄK und Art. 15 EU-DSGVO das Recht auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte. Zu diesem Zweck können ihnen einzelne Befunde oder Dokumente oder ein Auszug aus der Patientenakte ausgehändigt werden (Kopie). Art. 16 EU-DSGVO billigt dem Patienten auch das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu. Dies kann nur anamnestische Angaben und Beschwerden betreffen, nicht diagnostische Einschätzungen des Arztes.

1.7. Recht des Patienten auf Datenvernichtung (Löschung)

Art. 17 EU-DSGVO billigt dem Patienten das Recht zu, dass personenbezogene Daten auf seinen Wunsch gelöscht werden müssen. Dies kann allerdings nur erfolgen, wenn die Daten zur Erreichung des Zweckes, wegen dem sie erhoben wurden (im Allgemeinen der Behandlungsvertrag), nicht mehr benötigt werden [...]. Das Recht auf Löschung ist außerdem durch die Wahrung der Rechte Dritter eingeschränkt, insbesondere der Rechte von Kostenträgern auf nachvollziehbare Dokumentation der durch sie bezahlten Leistungen.“

Wollen Sie, dass personenbezogene Daten über E-Mail ausgetauscht werden können?

(dass wir Ihnen z. B. per E-Mail Ihre Laborergebnisse zuschicken können)

Ja

Nein

Sollen wir Ihnen per E-Mail eine Terminerinnerung für künftige Termine senden?

Ja. Ihre E-Mail-Adresse: _____

Nein

Wollen Sie, dass Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt einen Bericht über die Behandlung bei uns erhält?

Ja

Nein

Ich habe diese Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Berlin, _____

(Unterschrift Patient)

Vielen Dank. Ihr Praxisteam.