

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.

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 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 zielorientierte Behandlung nicht gewährleistet werden.

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, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, sowie Inkassounternehmen sein.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, medizinische Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

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: Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 112b, 22083 Hamburg

Ich habe die Bestimmungen zur Datenschutzerklärung gelesen und willige in die Behandlung durch MUDr. Malte Buchholz und sein Team ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Sie dienen ausschließlich zu Ihrer besseren Betreuung und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Rückseite dieses Bogens.

Name Vorname Geburtsdatum

Straße Wohnort/PLZ Telefon privat/Mobil

E-Mail Beruf Krankenkasse/Beihilfe/Student/Postbeamten

Hausarzt/Anschrift Physiotherapeuten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Rechnungsempfänger/Hauptversicherter:

Kommen Sie aufgrund eines Wege-/Arbeitsunfalls In unsere Behandlung? Ja Nein

Wurden Operationen an Ihnen durchgeführt? Ja Nein welche?

Sind ansteckende Erkrankungen bekannt? (Hepatitis/HIV o.ä.) Ja Nein welche?

Haben Sie andere Vorerkrankungen? Ja Nein welche?

Sind Allergien bekannt? Ja Nein welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar/Xarelto o.ä.) Ja Nein welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Ja Nein welche?

Treiben Sie Sport? Ja Nein Sportart

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein gepl. Entbindung

Datum Unterschrift des Pat./Erziehungsberechtigten

Bitte wenden