

**PATIENTENVEREINBARUNG ZUM DATENSCHUTZ**

NAME:..... VORNAME:.....

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:

Praxis für Neurologie am Marienplatz, Dr. med. Eva Tiebel

Marienplatz 8, 70178 Stuttgart

Tel.: 0711-6405944, E-Mail: [info@neuropraxis-marienplatz.de](mailto:info@neuropraxis-marienplatz.de)

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: [info@neuropraxis-marienplatz.de](mailto:info@neuropraxis-marienplatz.de)

**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, Therapievorschlüsse 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.

**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 / Psychotherapeuten, 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 Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte 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 Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 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 Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg:

**Herr Doktor Stefan Brink \* Königstrasse 10 a \* 70173 Stuttgart**

**Postanschrift: Postfach 10 29 32 \* 70025 Stuttgart \* Tel.: 0711/615541-0 \* Fax: 0711/615541-15**

## 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.

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem(r) Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihre(n) Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihre(n) überweisende(n) Arzt/Ärztin zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt			ja	nein	Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	ja	nein		
Hausarzt (falls abweichend)						
Name	Fachgebiet	Ort	ja	nein		

**Um eine reibungslose ärztliche Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/ Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Ärztinnen genutzt werden.**

**Auch bin ich einverstanden, dass Nachfragen vom Gesundheitsamt / Arbeitsagentur / Jobcenter / Krankenkassen / Gerichten beantwortet werden, wenn diese eine Genehmigung, von Ihnen unterschrieben, in Kopie mitsenden!**

**Bitte haben Sie Verständnis, dass ohne Anerkennung dieser Bedingungen, aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen vom Mai 2018, wir Sie nicht behandeln können! Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.**

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit in schriftlicher Form widerrufen bzw. ändern.**

Stuttgart, .....

.....

(Unterschrift)