

# Informationen zum Datenschutz



## Einwilligung zur Datenverarbeitung

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. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung gemäß DSGVO:

Dr. med. Holger Spittank, Sternstr. 22, 48145 Münster, Telefon: 0251-2979730000 Fax: 0251-2979730010, E-Mail: praxis@dr-spittank.de Internet: www.dr-spittank.de

### 2. Zweck der Datenverarbeitung gemäß DSGVO:

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 und Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen / Behandlungsberichten etc.). 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 gemäß DSGVO:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie hierzu eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften, Ärztekammern, Beihilfestellen 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 berechnete Empfänger.

### 4. Speicherung Ihrer Daten gemäß DSGVO:

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 gemäß DSGVO:

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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Telefon: 0211-38424-0, Fax: 0211/38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de, Internet: www.ldi.nrw.de.

### 5. Rechtliche Grundlagen gemäß DSGVO:

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.

Tragen Sie hier bitte Ihre Personendaten ein oder korrigieren Sie die voreingetragenen Angaben zur Berichtigung:

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
Patient/in				

Ich habe die vorstehende Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift in die Erhebung personenbezogener Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten durch die Praxis für Manuelle Medizin & funktionelle Orthopädie, Dr. med. Holger Spittank, ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Münster, den  
Datum

Unterschrift Patient/in