

Einwilligung zur Datenübernahme und Zugriff auf die Patientenkartei

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit dem 31.12.2023 endet die Tätigkeit von Dr. Schmialek in Syke. Ich freue mich die Nachfolge meines geschätzten Kollegen antreten zu können und hoffe, Ihnen genauso wie Dr. Schmialek in gastroenterologischen Fragen ein guter Begleiter zu sein.

Ihre Daten werden gemäß § 203 des Strafgesetzbuches besonders geschützt und stehen mir gemäß Praxisübernahmevertrag als Praxisnachfolger erst dann zur Verfügung, wenn Sie explizit der Übernahme Ihrer Daten in schriftlicher Form zustimmen.

Gemäß Art. 26 i. V. m. Art. 4 Nr. 7 DSGVO werden Ihre Daten nach Ihrer Einwilligung gleichrangig zwischen Dr. Schmialek und mir als Nachfolger nutzbar sein, um es Dr. Schmialek zu ermöglichen, noch nach seinem Ausscheiden am 31.12.2023 Nachträge zu verfassen bzw. Behandlungen zu kommentieren. Ein Beispiel hierfür ist ein Kommentar zu ausstehenden entnommenen Gewebeproben oder zur Vorbereitung auf Rückfragen von Ihnen, die nur Dr. Schmialek persönlich beantworten kann.

Die Übernahme Ihrer Daten ist daher für Ihre weitere Behandlung notwendig, so dass wir Sie hiermit um Ihre Zustimmung zur Datenübernahme bitten.

Vielen Dank!

Ihr



dr. med (univ.) Volker Cornelius Meves

Entbindung von der Schweigepflicht in die Weitergabe und Einwilligung in die Weitergabe/Einholung meiner Patientendaten

Ich bin damit einverstanden, dass Dr. med. Jens-Peter Schmialek mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an dr. med. (univ. Semmelweis) Volker Cornelius Meves zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg erhält bzw. übergibt. Nach Art. 26 i. V. m. Art. 4 Nr. 7 DSGVO erlaube ich Dr. med. Jens-Peter Schmialek, sofern es meiner Weiterbehandlung bzw. Abrechnung der Behandlung dient, weiterhin Zugriff auf meine Daten.

☐ Ja

☐ Nein

Datenübermittlung Hausarzt*in

Ich bin damit einverstanden, dass dr. med. (univ. Semmelweis) Volker Cornelius Meves die mich betreffenden Behandlungsdaten an meinen Hausarzt*in zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt. Ferner bin ich damit einverstanden, dass dr. med. (univ. Semmelweis) Volker Cornelius Meves die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht dr. med. (univ. Semmelweis) Volker Cornelius Meves die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Dr. med. (univ. Semmelweis) Volker Cornelius Meves wird die Daten jeweils nur zu dem Zwecke verarbeiten, zudem sie übermittelt worden sind. Ich erlaube dr. med. (Univ. Semmelweis) Meves relevante Daten auf meinem Notfall-Chip der Krankenkassenkarte zu speichern.

☐ Ja

☐ Nein

Ihre Rechte als Einwilligende/r

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile entstehen. Sie können zudem eine erteilte Einwilligung jederzeit in Textform mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Im Falle eines Widerrufs werde Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, sofern es an einer anderen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung fehlt.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzliche Vertreter
bei Minderjährigen

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: dr. Med. (Univ. Semmelweis) Volker Meves

Praxisname: Gastropraxis Syke Volker Meves

Adresse: Hauptstrasse 3 a, 28857 Syke, Tel. 04242/2586, E-Mail:

kontakt@gastropraxis-syke.de

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

dr. med. (univ.) Volker Meves, Hauptstrasse 3a, 28857 Syke, Tel. 04242/2586; E-Mail:

kontakt@gastropraxis-syke.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, Therapieempfehlungen 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. I.R. der Behandlung werden auch § 11 Bundesdatenschutzgesetz Aufgaben an Gemamed/ MEDISTAR (Praxissoftware), Labor Dr. Schuhmacher MVZ Bremerhaven, Pathologie Synlab MVZ Hannover). Das komplette Verzeichnis der Aufgaben- und Verarbeitungstätigkeiten ist jederzeit einsehbar. Patientendaten (wie z.B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse) können zur Kontaktaufnahme mit dem Patienten genutzt werden, Eine gewerbliche Nutzung/ Forschung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben (mündliche Einwilligung genügt). 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 berechnete Empfänger. Die Übermittlung kann per E-Mail (ggf. unverschlüsselt) erfolgen.

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. BENUTZUNG DER KONTAKTDATEN

Die i.R. Behandlung mitgeteilten Daten dürfen zur Terminvereinbarung, -erinnerung und Befundmitteilung benutzt werden. Hier erfolgt der Kontakt insbesondere via SMS, Anruf oder per E-Mail. Die Kontaktherstellung erfolgt z.T. über den Praxis Software Dienstleister MEDISTAR/ Gemamed. Diese Nutzung kann jederzeit in Gänze oder auf einzelne Modalitäten zurückgezogen werden oder widersprochen werden. Die Befundmitteilung via E-Mail an Sie oder mitbehandelnde Ärzte erfolgt unverschlüsselt.

7. 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:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5
30159 Hannover, Telefon: 0511-120 4500

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.

Persönliche Patienteninformation

Die Adresse ist korrekt ja ☐ nein ☐

Es besteht eine abweichende, neue Adresse:

Straße: _____

Postleitzahl/ Stadt: _____

Mobilfunk: _____

Geben Sie bitte zur besseren Erreichbarkeit ihre Mobilfunknummer an.
So können wir Sie z.B. Havarien oder bei krankheitsbedingten Ausfällen einfacher erreichen.

Ich habe kein Mobiltelefon ☐ Ich möchte meine Telefonnummer nicht angeben ☐

Festnetznummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

So eine Befundübermittlung erforderlich ist erfolgt diese an Sie per E-Mail.
Teilen Sie uns hierfür bitte Ihre E-Mail-Adresse mit.

Ich habe keine E-Mail-Adresse ☐ Ich möchte meine E-Mail-Adresse nicht angeben ☐