

Hausarztzentrum Roxel

**Dres. med. Christian Berg | Anne Illerhaus | Irina Dreizler | Anna Telger
Jörn Berker* | Ann-Kristin Hüschen***

Fachärzt*innen für Innere- und Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Sportmedizin

Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster

www.hausarztzentrum-roxel.de



Patienteninformation zum Datenschutz

Hausarztzentrum Roxel Dres. Berg und Kolleg*innen

Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster-Roxel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung und in Übereinstimmung mit den für uns geltenden landesspezifischen Datenschutzbestimmungen möchten wir Sie mittels dieser Datenschutzerklärung über Art, Umfang und Zweck der von uns erhobenen, genutzten und verarbeiteten personenbezogenen Daten informieren. Ferner werden Sie mittels dieser Information über die Ihnen zustehenden Rechte aufgeklärt.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. med Christian Berg

Praxisname: Hausarztzentrum Roxel

Adresse: Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster

Kontakt Daten: Telefon 02534 / 498 | Fax: 02534 / 427 | E-Mail: info@hausarztzentrum-roxel.de

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 (Fach-)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.

Unsere Internetseite erfasst mit jedem Aufruf der Internetseite durch eine betroffene Person oder ein automatisiertes System eine Reihe von allgemeinen Daten und Informationen. Bei der Nutzung dieser ziehen wir keine Rückschlüsse auf die betroffene Person. Diese erhobenen Daten und Informationen werden durch uns einerseits statistisch und ferner mit dem Ziel ausgewertet, den Datenschutz und die Datensicherheit in unserem Unternehmen zu erhöhen, um letztlich ein optimales Schutzniveau für die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten sicherzustellen.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

Name & Unterschrift: _____

*WB Allgemeinmedizin



Hausarztzentrum Roxel

Dres. med. Christian Berg | Anne Illerhaus | Irina Dreizler | Anna Telger

Jörn Berker* | Ann-Kristin Hüschen*

Fachärzt*innen für Innere- und Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Sportmedizin

Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster

www.hausarztzentrum-roxel.de

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.

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.

Die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Speicherungszweck entfällt oder die gesetzliche Aufbewahrungsfrist abgelaufen ist. So werden beispielsweise personenbezogene Daten, die für den Besuch der Webseite verarbeitet werden, grundsätzlich beim Verlassen der Webseite gelöscht.

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.

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.

Hausarztzentrum Roxel

Dres. med. Christian Berg | Anne Illerhaus | Irina Dreizler | Anna Telger
Jörn Berker* | Ann-Kristin Hüschen*

Fachärzt*innen für Innere- und Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Sportmedizin

Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster

www.hausarztzentrum-roxel.de



Einwilligungserklärung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer oder zwei** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie dem **Hausarztzentrum Roxel, Auf dem Dorn 21, 48161 Münster-Roxel** die hierfür erforderliche Einwilligung.

☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

☐ Ich willige ein, dass bei fehlender Versichertenkarte eine elektronische Ersatzbescheinigung von der zuständigen Krankenkasse angefordert und elektronisch an das Praxisverwaltungssystem übermittelt werden kann, um meinen Versichertenstatus nachzuweisen.

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen

☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen

*WB Allgemeinmedizin

Hausarztzentrum Roxel

Dres. med. Christian Berg | Anne Illerhaus | Irina Dreizler | Anna Telger
Jörn Berker* | Ann-Kristin Hüschen*

Fachärzt*innen für Innere- und Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Sportmedizin

Auf dem Dorn 21 | 48161 Münster

www.hausarztzentrum-roxel.de



Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) _____ _____ _____	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="checkbox"/> Nur Rezepte/ Verordnungen/ Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) _____ _____ _____	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="checkbox"/> Nur Rezepte/ Verordnungen/ Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters