

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer und Ihrer Kinder 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:

*Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis Kronshagen, Carolin Zeugke  
Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen  
Fon: 0431 – 220 270  
Fax: 0431 – 220 2729*

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

*G. Steppan (über die Praxisadresse)*

### **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 berechnigte 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 Paragraf 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

*Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein  
Marit Hansen, Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein  
Holstenstraße 98, 24103 Kiel*

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

**Name/n:** .....  
(Elternteil / Sorgeberechtigter) (Elternteil / Sorgeberechtigter)

**Vorname/n:** .....  
(Elternteil/ Sorgeberechtigter) (Elternteil / Sorgeberechtigter)

**Geburtsdaten:** .....  
(Elternteil / Sorgeberechtigter) (Elternteil / Sorgeberechtigter)

**Telefon:** .....  
(Elternteil / Sorgeberechtigter) (Elternteil / Sorgeberechtigter)

Als Sorgeberechtigter von ....., geb. ....

erkläre ich mich/ erklären wir uns einverstanden, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Kronshagen, Carolin Zeugke, Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen, die Patientendaten meines/ unseres oben genannten Kindes erhoben und verarbeitet werden.

Mir/ uns wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich/ wir auch Rückfragen stellen konnte/n über den Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich / wir erklären uns einverstanden, dass

mein/ unser Kind betreffende Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und Auskünfte erteilt werden können an:

1. Hausarzt/ Kinderarzt / Facharzt / Kliniken:

.....  
.....

2. Kindergarten / Schule / Hort / Heim:

.....  
.....

3. Therapeuten (Frühförderung / Ergotherapie / Logopädie / Physiotherapie / Psychotherapie)

.....  
.....

4. Jugendamt / Jugendhilfe / Eingliederungshilfe / Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

.....  
.....

5. Andere

.....  
.....

- Hiermit willige ich ein, dass die Mitarbeiter der Praxis zum Zwecke der Terminvereinbarung mich per Telefon, Fax oder Email kontaktieren dürfen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Befunde und Erklärungen, die ich / wir dem Arzt/ der Ärztin / den Mitarbeitern der Praxis gegenüber anvertraut habe/n.

Die Unterschriften **aller** Sorgeberechtigter sind erforderlich!

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

**Nur für allein Sorgeberechtigte:**

Ich versichere hiermit, dass ich die / der allein Sorgeberechtigte von ..... geb. .... bin.

---

Ort, Datum Unterschrift

Die Gültigkeit bleibt so lange bestehen, bis diese von einem der Unterzeichner widerrufen wird.