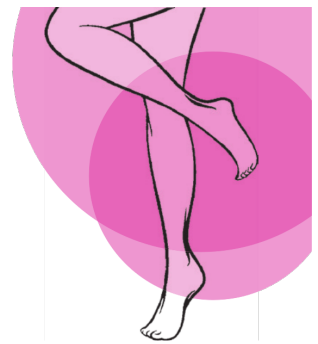




Patienteninformation zum Datenschutz und Einwilligungen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Informationen nach Art. 13 DSGVO

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Dr. med. Thomas Kadzidroga, Bergstraße 49, 88175 Scheidegg, Telefon 08381 3233, praxis@kadzidroga.de.

Zweck und Rechtsgrundlage: Wir verarbeiten Ihre Daten, um Sie ärztlich zu untersuchen und zu behandeln, die Behandlung zu dokumentieren und abzurechnen (Art. 6 Abs. 1 lit. b und c, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 22 BDSG, §§ 630a ff. BGB). Dazu gehören Ihre Stammdaten, Versicherungsdaten, Befunde, Diagnosen und Behandlungsdaten.

Empfänger: Ihre Daten geben wir nur weiter, wenn ein Gesetz es erlaubt oder Sie eingewilligt haben – zum Beispiel an Ihre gesetzliche Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Abrechnung), an Labore (Untersuchungsaufträge), an mitbehandelnde Ärzte und an Apotheken (Rezepte). Unsere IT-Dienstleister (zum Beispiel für die Praxissoftware) arbeiten weisungsgebunden nach Art. 28 DSGVO und unterliegen der Schweigepflicht.

Speicherdauer: Die Behandlungsdokumentation bewahren wir mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf (§ 630f BGB, Berufsordnung), Abrechnungsunterlagen nach steuerrechtlichen Fristen; bestimmte Unterlagen (zum Beispiel Röntgen) länger, wenn Vorschriften das verlangen.

Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung im gesetzlichen Rahmen, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf erteilter Einwilligungen jederzeit für die Zukunft. Beschwerden richten Sie an das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 18, 91522 Ansbach.

Für die Behandlung selbst brauchen wir keine Einwilligung. Die folgenden Punkte sind **freiwillig**. Wenn Sie nicht ankreuzen, entstehen Ihnen keine Nachteile in der Behandlung.

Meine Einwilligungen (bitte ankreuzen)

- ☐ **Privatärztliche Abrechnungsstelle:** Für privatärztliche Leistungen dürfen meine für die Rechnung nötigen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, Leistungen nach GOÄ, Diagnosen) an die von der Praxis beauftragte Abrechnungsstelle übermittelt werden. Ich entbinde den Arzt insoweit von der Schweigepflicht. Die Abrechnungsstelle darf die Forderung im Auftrag der Praxis einziehen.
- ☐ **Befundaustausch:** Die Praxis darf Befunde und Arztbriefe mit meinen mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten austauschen (Hausarzt bzw. Fachärzte, Krankenhaus).

Namen der mitbehandelnden Ärzte (freiwillig)

- ☐ **Erinnerung und Rückruf:** Die Praxis darf mich zu Terminen, Kontrollen und fertigen Rezepten anrufen oder per SMS bzw. E-Mail benachrichtigen. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte Nachrichten von Dritten gelesen werden können; Inhalte werden auf das Nötigste beschränkt.

Telefon / Mobil

E-Mail

- ☐ **Auskunft an Angehörige:** Die Praxis darf folgenden Personen Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben:

Name, Verhältnis, Telefon

Ich habe die Patienteninformation erhalten und gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in