

Name: _____ Geburtsdatum: _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR WISSENSCHAFTLICHE ZWECKE

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. Zusätzlich möchten wir Sie über die Möglichkeit der Nutzung Ihrer Daten für wissenschaftliche Zwecke informieren. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:
Pneumologie Süderelbe
Prof. Dr. med. Jessica Rademacher
Schlossmühlendamm 32; 21073 Hamburg

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).

Zusätzlich können Ihre Daten, sofern Sie schriftlich einwilligen, für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden. Dies dient beispielsweise der Verbesserung von Diagnose- und Therapiemethoden. Dabei werden Ihre Daten bevorzugt anonymisiert oder pseudonymisiert verarbeitet, um Ihre Privatsphäre zu schützen.

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.

Für wissenschaftliche Zwecke erfolgt eine Weitergabe Ihrer Daten nur an berechtigte Forschungseinrichtungen und unter Einhaltung strenger Datenschutzvorgaben.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht:

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten.
- Die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung von Daten oder die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen.
- Die Übertragbarkeit Ihrer Daten zu fordern.

In Fällen, in denen die Verarbeitung Ihrer Daten auf Ihrer Einwilligung basiert, haben Sie das Recht, diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

6. VERARBEITUNG FÜR WISSENSCHAFTLICHE ZWECKE

Die Verarbeitung Ihrer Daten für wissenschaftliche Zwecke erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig, und ein Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

7. 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.

Für die Verarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken erfolgt diese auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a) und Artikel 9 Absatz 2 lit. a) DSGVO.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ UND ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR WISSEN- SCHAFTLICHE ZWECKE

Ich habe die Information zum Datenschutz und Verarbeitung Personenbezogener Zwecke gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und fühle mich gut darüber informiert, wozu die Praxis meine Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Ich bestätige keine weiteren Fragen zu haben.

Ort/Daum

Unterschrift