



Praxis für Kinder- &
Jugendpsychiatrie
Tim Güntzel

Datenschutzerklärung

Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe gemäß DSGVO

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.

Ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlich vertretenden Person sind die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zulässig. Im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen besteht grundsätzlich das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch.

Patient*in

Name, Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Mobil Patient*in _____

Mobil Mutter _____ Mobil Vater _____

E-Mail-Adresse (unverschlüsselt) _____

Adresse falls abweichend ☐ Mutter ☐ Vater

- ☐ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass **KJP Bamberg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie** Daten erhebt, speichert und verarbeitet und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen und der ärztlichen Schweigepflicht an Dritte (u.a. externe Abrechnungsstellen und an der Behandlung beteiligte ärztliche Personen, andere medizinische Leistungserbringende) übermittelt.
- ☐ Mit einer Unterschrift bestätige ich, dass weitere sorgeberechtigte (auch getrennt lebende) Elternteile, über die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der **KJP Bamberg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie** informiert und hiermit einverstanden sind.
- ☐ Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass mir die **KJP Bamberg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie** alle notwendigen Daten zu vereinbarten Terminen zur Terminbestätigung und -erinnerung unverschlüsselt per Telefon, Fax, E-Mail, Text Message oder SMS (Unzutreffendes bitte streichen) übermittelt.
- ☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert bin, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann und, dass diese Einwilligung freiwillig ist.

Informationen

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzt*innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, 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.

2. Empfangende Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfangende Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzt*innen/ Psychotherapeut*innen, 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 Empfangende.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

Hinweise

Informationspflicht

Bei Krankenversicherungswechsel und/oder Adressänderungen, sind Sie verpflichtet, uns diese unaufgefordert mitzuteilen. Bei Wechsel Ihrer haus-/ oder kinderärztlichen Praxis, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Ausfallhonorar

Eine Terminabsage muss mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Ohne Absage wird ein Ausfallhonorar in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet und rechtzeitig abgesagt wurde.

Datum _____ Unterschrift _____
(Sorgeberechtigte Person bzw. gesetzliche Vertretung)