

Patienteninformation zum Datenschutz

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. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis Moshar VC · Sina Moshar MD

Hudtwalckerstraße 11, 22299 Hamburg (Winterhude)

E-Mail: praxis@moshar.de

Web: praxis.moshar.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis (Sina Moshar MD) 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 Ärztinnen und Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, 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 (z. B. Name, Postanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer oder Geburtsdatum) nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfängerinnen und Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfängerinnen und 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. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir aufgrund der Chronizität gefäßmedizinischer Erkrankungen Daten in der Regel nicht unmittelbar nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist löschen, sofern weitere Behandlungsbezüge bestehen oder eine längere Aufbewahrung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

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.

Zuständige Aufsichtsbehörde (Hamburg):

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg
E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de
Telefon: 040 42854-4040

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihre **Sina Moshar MD** und Ihr Praxisteam

Empfangsbestätigung

Ich habe die Informationen zum Datenschutz ausgehändigt bekommen, durchgelesen und zur Kenntnis genommen.

Nachname, Vorname in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in
