

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

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 entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Kinderarztpraxis Hahn & Siebert • Tauschaer Weg 6 • 09322 Penig • Telefon: 037381 – 80021 / 22

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Claudia Siebert • Tauschaer Weg 6 • 09322 Penig • Telefon: 037381 – 80021 / -22

2. DATENSCHUTZGERECHTE PRAXISÜBERNAHME INKLUSIVE DER PATIENTENDATEN

Zum 01. Januar 2023 erfolgt/e die Praxisübergabe von Frau Dipl.-Med. Anne-Kathrin Göhler an Frau Claudia Siebert. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der weiteren Behandlung Ihres Kindes durch Frau Claudia Siebert und Frau Sandra Hahn sowie der Übernahme der gesamten Patientenakte zu.

Sollen nur Teile der Unterlagen übernommen werden, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Dieser Wunsch wird von uns selbstverständlich berücksichtigt, erfordert aber eine gesonderte Aufklärung und Zustimmung Ihrerseits.

Falls Sie keine weitere Behandlung durch uns wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Die gesamte Patientenakte wird Ihnen dann in Kopie ausgehändigt. Das Original wird durch uns archiviert. Ein Zugriff unsererseits findet nicht statt.

Beachten Sie bitte die rechtlichen Vorgaben zur Aufbewahrung von originalen Behandlungsunterlagen.

3. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag Ihres Kindes zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir neben Ihren personenbezogenen Daten und denen Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten Ihres Kindes. Dazu zählen Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen, die wir oder andere Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

4. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und denen Ihres Kindes können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern oder privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis Ihres Kindes ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

5. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben – z.B. 30 Jahre bei der Röntgenaufnahme laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes 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 Datenübertragung zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten und die Ihres Kindes erfolgt auf Grundlage 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 und die Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt. *Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:*

Sächsischer Datenschutzbeauftragter • Devrientstraße 5 • 01067 Dresden • saechsdsb@slt.sachsen.de

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten und die Ihres Kindes ist der Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

- in die Behandlung durch Frau Siebert und Frau Hahn sowie die Übernahme der gesamten Patientenakte
- in die Verarbeitung von Daten durch die Kinderarztpraxis Hahn & Siebert gemäß DSGVO

- () Mit meiner Unterschrift stimme ich der weiteren Behandlung meines Kindes durch Frau Siebert und Frau Hahn sowie der Übernahme der gesamten Patientenakte zu.
Meine Rechte, insbesondere zur nur teilweisen Übernahme der Unterlagen, sind mir bekannt (siehe Punkt 2).
- () Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten zum Zweck der Terminbestätigung, -erinnerung und -koordination, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein.
Dazu zählen insbesondere folgende Daten von Ihnen bzw. Ihres Kindes:
Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Befunde, Diagnosen, und Therapieempfehlungen, die wir oder andere Therapeuten erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Ultraschall, Röntgen).
- () Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und denen meines Kindes sowie die Weitergabe an andere Ärzte / Psychotherapeuten, Krankenkassen, den Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern oder privatärztliche Verrechnungsstellen ein.
Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligungen, sind mir bekannt (siehe Punkt 6).
Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Name des Kindes (bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum, Unterschrift