

# DATENSCHUTZHINWEIS

Sehr geehrte Patientinnen,

wir möchten Sie nachfolgend informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Ihre personenbezogenen Daten erhebt und verarbeitet. Zu den verwendeten Begriffsbestimmungen wie „Verantwortlicher“ oder „Verarbeitung“ verweisen wir auf **Art. 4 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**.

Die im Aufnahmebogen angegebenen personenbezogenen Daten, wie Vor-/Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., die allein zum **Zwecke der Durchführung der ärztlichen Behandlung und Diagnose** notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage datenschutzrechtlicher Bestimmungen der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) im Rahmen des gesetzlich zulässigen erhoben und verarbeitet. Gesetzliche Geheimhaltungspflichten oder Berufsgeheimnisse, wie insbesondere die ärztliche Schweigepflicht, bleiben hiervon unberührt.

**Wir erheben und verarbeiten zu vorgenannten Zwecken auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO; hierzu gehören Ihre Gesundheitsdaten, wie z.B. Anamnesen, die Krankenakte sowie Befunde und die bildgebende Diagnostik.**

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung als „Betroffenem“ im Sinne der DSGVO. **Eine solche Einwilligung können Sie separat freiwillig erteilen.**

Die für die ärztliche Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht (10 Jahre nach Abschluss der Behandlung) gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir aufgrund von steuer- oder spezialgesetzlichen Aufbewahrungs-/Dokumentationspflichten (Abgabenordnung oder Röntgenverordnung) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung eingewilligt haben.

## **Ihre Rechte:**

- Sie sind gemäß Art.15 DSGVO jederzeit berechtigt, von uns Auskunft zu erhalten über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten-(Kategorien), Verarbeitungszwecke, Empfänger und Speicherdauer;
- Gemäß Art. 16-18 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber uns die Berichtigung, Vervollständigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung einzelner personenbezogener Daten verlangen, sofern dem nicht zwingende gesetzliche Bestimmungen oder berechnete Interessen der Praxisinhaber als Verantwortlichen für die Datenverarbeitung entgegenstehen;
- Gemäß Art. 20 DSGVO können Sie Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen;
- Sie können gemäß Art. 21 DSGVO jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und eine einmal erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen (postalisch oder per Fax bzw. E-Mail);
- Sie haben gemäß Art. 77 I DSGVO das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig ist. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder auch unseres Praxissitzes wenden.

## **Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist:**

Praxisgemeinschaft Dres. Randelzhofer und Bär GbR, Oberlinden 1, 79098 Freiburg  
T. 0761-30044 F. 0761-382424 E-Mail-info@frauenarztpraxisoberlinden.de

---

## **EINWILLIGUNG ZUR ERHEBUNG UND ÜBERMITTLUNG VON DATEN**

---

- Im Rahmen der Behandlung und Diagnose kann es erforderlich sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, bei denen wir Anamnesen, Behandlungsdaten und Befunde sowie bildgebende Diagnostik der Patienten **erheben** oder an diese **übermitteln**. Dazu gehört beispielsweise der Hausarzt, Kliniken oder auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte, Abstrich) erstellen zu lassen, die wir für Ihre Behandlung und eine Diagnose benötigen.
- Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern.
- Die Einwilligung ist freiwillig; wir weisen jedoch darauf hin, dass bei fehlender Einwilligung gegebenenfalls eine notwendige Diagnostik und damit weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

**Ich willige nach Kenntnisnahme des umseitig abgedruckten Datenschutzhinweises ein**, dass die mich behandelnden Ärzte der Praxisgemeinschaft Oberlinden Anamnesen, Behandlungsdaten und Befunde sowie bildgebende Diagnostik bei anderen Leistungserbringern, insbesondere meinem Hausarzt, Kliniken oder mitbehandelnden Ärzten bzw. Psychotherapeuten sowie Laboren, **zum Zwecke der Behandlung und Diagnose erheben oder an diese übermitteln**.

---

**FREIBURG, DEN**

---

Unterschrift

---

## **ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

---

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

PLZ, Ort, Straße: .....

Hiermit entbinde ich alle mich in der Praxisgemeinschaft Oberlinden behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen:

- Hausarzt: .....
- Ehepartner, Lebensgefährte: .....
- Kinder/Eltern: .....
- Sonstige: .....

---

**FREIBURG, DEN**

---

Unterschrift