

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

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Dr. Johannes Engelhardt | Poeler Weg 9, 17493 Greifswald  
Telefon: 03834 845074 | E-Mail: info@hausarzt-engelhardt.de

### 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 (Name, Postanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummern) und 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.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen. Kontaktdaten, die im Rahmen von Anfragen angegeben werden, werden ausschließlich für die Korrespondenz genutzt.

### 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. Dazu gehören auch Labore, an die wir z.B. Blutproben zur Ermittlung bestimmter Werte versenden. Wir arbeiten mit folgendem Labor zusammen: *MVZ Labor Limbach Vorpommern-Rügen GmbH, Große Parower Straße 47-53, 18435 Stralsund.*

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.

Hinweis zur elektronischen Patientenakte (ePA): Wird Ihre Gesundheitskarte in einer Praxis oder Klinik ausgelesen, können diese Einrichtungen für 90 Tage auf Ihre ePA zugreifen. Apotheken, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie Arbeitsmediziner haben nach Auslesen der Karte noch 3 Tage Zugriff.

#### 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ab 01.10.2025 sind wir verpflichtet, relevante Befunde (z.B. Arztbriefe, Laborbefunde, Sonografiebefunde, EKG-Befunde etc.) in die elektronische Patientenakte hochzuladen, sofern Sie eine ePA besitzen oder dem Speichern von Befunden in die ePA nicht widersprochen haben. Sie selbst haben die Möglichkeit über eine entsprechende Smartphone-App Ihrer Krankenkasse auf Ihre ePA zuzugreifen, Befunde zu löschen/ einzufügen oder Zugriffsrechte zu vergeben/einzuschränken.

#### 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:

*Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern  
Lennéstraße 1  
19053 Schwerin*

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

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

Ihr Praxisteam

## EINWILLIGUNGSERLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Bitte ergänzen:

\_\_\_\_\_  
Name/ Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

*\*Freiwillige Angabe – wenn Sie die  
Kontaktierung zu medizinischen  
Sachverhalten über dieses Medium  
wünschen*

### 1. ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON PATIENTENDATEN

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Dr. Engelhardt meine Patientendaten erhoben werden dürfen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

### 2. NUTZUNG DER PATIENTENDATEN ZU BESTIMMTEN ANDEREN ZWECKEN

Ich stimme der Nutzung meiner Daten (z.B. E-Mail-Adresse) für Terminerinnerungen zu.

ja       nein

Ich stimme der Nutzung meiner Daten (z.B. E-Mail-Adresse) zur Information über empfohlene Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen zu.

ja       nein

*Bitte wenden!*

### 3. BERECHTIGUNG DRITTER

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

<i>Name</i>	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="checkbox"/> Nur Rezepte/ Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	

<i>Name</i>	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="checkbox"/> Nur Rezepte/ Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	

### 4. WIDERRUF

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters