

## Informationen zum Datenschutz

### **Liebe Patientinnen und Patienten,**

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig! Wir möchten Sie hiermit über Zweck, Art und Umfang der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit unseren Leistungen und über Ihre Rechte informieren.

### **1. Verantwortlichkeit**

Verantwortlich für die Verarbeitung personenbezogener Daten i.S.d. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist:

AMZ

Dr. med. Daniela Sieges

Barbarossastr. 36a

53489 Sinzig

Tel. (02642) 9453100

[info@amz-sinzig.de](mailto:info@amz-sinzig.de)

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich jederzeit direkt an uns wenden.

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um unseren Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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 (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\*innen Ihrer Daten**

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

Empfänger\*innen Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzt\*innen, Therapeut\*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 berechnete Empfänger.

Unsere Praxis ist zudem an die sog. Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen. Die TI dient dazu, Angehörige von Gesundheitsberufen zu vernetzen und medizinische Fachanwendungen zu nutzen. Technisch wird die TI von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) betrieben.

### **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 medizinrechtlichen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Ferner 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.

## EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

(Bitte kreuzen Sie alle Fragen mit **ja** oder **nein** an)

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname) (TT.MM.JJJJ)

mich damit einverstanden,

- dass die Praxis AMZ Dr. med. Daniela Siegers Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise Fachärzt\*innen, Krankenhäusern, Therapeut\*innen oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.

ja  
 nein
- dass die Praxis AMZ Dr. med. Daniela Siegers angeforderte Befunde an mitbehandelnde (Fach)Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und Krankenhäuser weiterleiten darf.

ja  
 nein
- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung/Übermittlung von Befunden per verschlüsselter E-Mail an folgende E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ erfolgen kann.  
(Die Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und E-Mailadresse und für die Überwachung der Korrespondenz liegt bei mir. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen.)

ja  
 nein
- dass ich namentlich im Empfangs- und Wartebereich angesprochen bzw. aufgerufen werde.

ja  
 nein

- dass Rezepte, Befunde oder anderen Unterlagen jederzeit auch durch die folgenden bevollmächtigte/n Person/en abgeholt werden dürfen:

---

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

---

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

---

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die datenschutzrechtlichen Praxisinformationen gelesen und verstanden habe und in die Erhebung, Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO durch die Praxis einwillige.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)