

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientinnen,

ein vertrauensvolles Verhältnis zu unseren Patienten ist uns besonders wichtig. Daher nehmen wir den Schutz Ihrer persönlichen Daten in der Praxis sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten stets vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften.

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Datenerhebung und die Datenverarbeitung in unserer Praxis informieren und unserer datenschutzrechtlichen Informationsverpflichtung aus der Europäischen Datenschutzgrundverordnung und dem neuen BDSG nachkommen.

### VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

**Verantwortliche Stelle:**

Ki.Nd – Kinderwunschzentrum Niederrhein  
Madrider Str. 6  
41069 Mönchengladbach  
Tel.: (0 21 61) 49 686-0  
E-Mail: info@ki-nd.de

**Externer Datenschutzbeauftragter:**

digitEX | Dirk Hellmann  
Millrather Str. 23H  
40591 Düsseldorf  
Tel.: 0172 – 14 32 544  
E-Mail: info@digit-ex.de

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Grundlage oder einer Einwilligung von Ihnen. Für weitere Informationen zur Rechtsgrundlage der Verarbeitung Ihrer Daten scannen Sie einfach den folgenden QR-Code oder besuchen Sie den Link <https://datenschutzprofis.net/rechtsgrundlagen.html>



Sofern für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis erforderlich ist, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben das Recht, soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten sowie auf deren Berichtigung oder Löschung auf Einschränkung der Verarbeitung sowie auf deren Übertragung.

### DATENAUFNAHME

Bei jedem Kontakt wird Ihre Versichertenkarte in unser elektronisches Praxis-Verwaltungssystem eingelesen. Dabei werden folgende Daten erhoben:

- Name und Adresse
- Kostenträger
- und Versicherungsnummer

Im weiteren Kontakt erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, verordnen Therapien und füllen für Sie durch die KV vorgegebene Musterformulare (Rezepte, AU, Pflegedienstverordnungen u.ä.) aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unserem System gespeichert werden. Eine nachträgliche Bearbeitung und Änderung Ihrer Daten lässt das System nicht zu.

Schriftliche (Fremd-)Befunde werden patientenbezogen elektronisch nicht veränderbar in unser Verwaltungssystem eingescannt (Dokumentenscanner).

Jeder Patient erhält beim Erstkontakt in unserer Praxis Einwilligungserklärungen, mit denen Sie uns schriftlich die Datenweitergabe an Ihre weiterbehandelnden Ärzte sowie an die private Verrechnungsstelle erlauben können. Unter Umständen kann auch eine gesetzliche Pflicht zur Weitergabe der Daten bestehen.

Seite 1 von 3

## Ki.Nd – Kinderwunschzentrum Niederrhein

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
Madrider Str.6 • 41069 Mönchengladbach  
Tel.: 02161/49686-0 • Fax: 02161/49686-19  
E-Mail: [info@ki-nd.de](mailto:info@ki-nd.de) • Website: [www.ki-nd.de](http://www.ki-nd.de)



### WAS GESCHIEHT MIT IHREN DATEN?

Wir benötigen Ihre Daten, um Sie für die Kassenärztliche Vereinigung und die Kostenträger nachprüfbar behandeln zu können (Zweck). Alle Verordnungen sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen z.B. keine Rezepte ausstellen. Die Datenerhebung ist daher für Ihre Behandlung erforderlich.

Die folgenden Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert:

- Akutdiagnosen (für das aktuelle Quartal)
- Dauerdiagnosen (quartalsübergreifend)
- Befunde, Anamnesen, Therapievorschläge, Abrechnungsziffern für das jeweilige Quartal
- Alle elektronisch erstellten Formulare sowie alle Verordnungen müssen überprüfbar dauerhaft gespeichert werden.

Zugang hat nur autorisiertes Praxispersonal. Ihre Daten (Befunde, Arztbriefe etc.) werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt (z.B. Arztbriefe für 10 Jahre). Ggf. kann eine längere Aufbewahrung erforderlich sein.

Für weitere Informationen zu den Aufbewahrungsfristen, scannen Sie einfach den folgenden QR-Code oder besuchen Sie den Link <https://datenschutzprofis.net/fristen.html>



### WER BEKOMMT IHRE DATEN ÜBERMITTELT?

- Die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung und Prüfung auf Korrektheit der Daten.
- Auf Verlangen der Prüfkommision müssen Ihre Daten mit allen Verordnungen im Rahmen einer Regressprüfung übermittelt werden.
- Auf Verlangen der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Prüfung der Behandlung.
- Ihre Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft erhält die für die Abrechnung relevanten Daten.
- Wenn Sie an einem Disease-Management-Programm teilnehmen oder bestimmte Präventionsmaßnahmen wahrnehmen, werden diese Daten gesondert an die entsprechenden Institutionen und Ihre Krankenkasse übermittelt (Qualitätssicherung).
- Bei bestimmten Infektionserkrankungen ist eine Meldung an das Gesundheitsamt gesetzlich vorgeschrieben.
- Laborärzte bzw. Histologen, sofern eine entsprechende Diagnostik für die Behandlung erforderlich ist.
- Zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Arztpraxis kann die Inanspruchnahme anwaltlicher oder gerichtlicher Hilfe erforderlich sein.
- Andere Ärzte, Versicherungen, private Abrechnungsstellen und andere Institutionen erhalten nur mit separater Einwilligung durch Sie die für den jeweiligen Fall notwendigen Daten.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, hilft Ihnen unser Praxisteam oder unser Datenschutz-beauftragter gerne weiter.

Selbstverständlich haben Sie das Recht, sich bei weiteren Fragen an die Aufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4 in 40213 Düsseldorf ([www.lidi.nrw.de](http://www.lidi.nrw.de)).

Herzlichst,  
Ihr Praxisteam

Seite 2 von 3

## Patientendaten Information Datenschutz

### Austragende Patientin:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
vollständige Anschrift

### Ehefrau:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
vollständige Anschrift

Wir sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf unserer Krankenversicherungskarte gespeichert sind, sowie unsere Daten zu Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO haben wir gelesen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (austragende Patientin)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ehefrau)