



# 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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

**Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie Butzbach**  
**Schlossplatz 4, 35110 Butzbach**  
**Tel: 06033 9730360 | Email: kontakt@schmerzzentrum-butzbach.de**

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

**Email: kontakt@schmerzzentrum-butzbach.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, insbesondere 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 (z.B. in Arztbriefen, Untersuchungsbildern).

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

## 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, der deutsche Rentenversicherungsträger, Ärztekammern, Versorgungs-ämter, PainPool (SchmerznetzNRW) 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 berechnigte Empfänger.

## 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

**Bitte Rückseite beachten →**

## 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Der Hessische Datenschutzbeauftragte**

**Postfach 3163**

**65021 Wiesbaden**

**Tel: 0611 14080 | Email: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)**

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

## 7. PAINPOOL-FRAGEBOGEN/ IDOCLIVE-FRAGEBOGEN

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gespräches und dienen zur Beurteilung Ihres Krankheitsverlaufes. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Praxis zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Zur Verbesserung der Versorgung werden für eine externe Qualitätssicherung herangezogen, dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Ebenfalls willigen Sie ein, dass bei Angaben von E-Mail-Adressen (Sohn, Tochter, Ehemann etc.) der Fragebogen zugesendet werden darf.

- Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonymisierten Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden  JA  NEIN
- Ich bin mit der Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke einverstanden.  JA  NEIN

Das Einverständnis kann zu jederzeit widerrufen werden.

## 8. EINVERSTÄNDNIS ZU IHREN DATEN

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine ärztlichen Befunde zur Einsicht bei einem anderen Arzt angefordert werden dürfen.

JA  NEIN

*Ihr Praxisteam*

*Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie Butzbach*

**Diese Information habe ich sorgfältig gelesen und erkläre mich mit ihrem Inhalt einverstanden.**

Butzbach, den Tagesdatum \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: