

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient!

Zum Beginn der Behandlung benötigen wir Ihr Einverständnis für verschiedene Maßnahmen, die mit der Datenerfassung und Weiterbetreuung zu tun haben. Aus Gründen des Datenschutzes dürfen wir diese Daten nur erheben und Weiterverwenden, wenn Sie Ihr Einverständnis damit erklärt haben. Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise gut durch und fragen Sie, wenn Sie einen Punkt nicht verstanden haben!

Ihr Team der strahlentherapeutischen Praxis

Zunächst noch einmal zur Sicherheit die wichtigsten Daten!

Bitte füllen Sie folgende Liste genau aus!

Name		Nächster Angeh. Name/Telefon	
Vorname		Versicherung	
Geburtsdatum		Zusatzversicherung Stationär? Welche	
Straße		Hausarzt	
Ort		Facharzt	
Telefon		Befreiungskarte vorhanden?	
Ggf. Handy		z.Zt. stationär?	

Der Schutz Ihrer Daten ist uns ein Anliegen. Mit den uns anvertrauten Informationen gehen wir sehr verantwortungsbewusst um. Hier wollen wir Ihnen dies im Detail erklären. Bitte fragen Sie, wenn etwas unverständlich ist! **Wichtig: machen Sie ein Kreuz in das Kästchen hinter den Text, wenn Sie einverstanden sind!**

Datenerfassung

Ihre Daten werden in einer elektronischen Patientenakte erfasst, die aus zwei Programmen besteht – eines zur Verwaltung und eines zur Durchführung der Bestrahlung. Ohne dies ist die Behandlung nicht möglich. Diese elektronische Akte dient auch zur internen Kommunikation über Ihre Behandlung und kann entsprechend von den Mitarbeitern des medizinischen Teams eingesehen werden; jeweils nur so weit, wie es für ihre Aufgaben notwendig ist. Unsere Mitarbeiter sind daher besonders in Fragen des Datenschutzes unterwiesen und dem verpflichtet. Dies betrifft notwendigerweise auch die Mitarbeiter der unterstützenden Firmen – Gerätehersteller, Softwareprogrammierer, IT-Wartungsmitarbeiter, Archivierungsmitarbeiter u.a. Diese unterliegen ebenfalls einer Schweigepflicht. Zugang zu patientenbezogenen Daten für diese externen Fachkräfte erfolgt ausschließlich in dem Ausmaß, das für die jeweilige Aufgabe zwingend notwendig ist.

Datennutzung

Alles, was Sie von uns brauchen, ist nur mit elektronischer Datenerfassung möglich: Durchführung der Behandlung, Rezeptierung von Medikamenten, Ausfüllen von Formularen. Die Berichterstattung (Arztbriefschreibung) über alle medizinischen Maßnahmen in unserer Praxis an die überweisenden Ärzte und alle anderen, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind, ist die Basis einer guten Medizin, auf die Sie Anspruch haben – weshalb wir Ihre Genehmigung dafür brauchen. Auf Wunsch können wir die Briefe auch an Sie persönlich schicken – zusätzlich oder ausschließlich. Das betrifft die oben genannten Ärzte und weitere, die wir im Arztgespräch festhalten. Auch die Abrechnung von Leistungen mit Ihnen (bei privater Versicherung) oder Ihrer Krankenkasse erfolgt über die elektronische Datenerfassung.

Weiterhin führen wir eine **anonymisierte** Erfassung von Daten in einer völlig von den oben genannten Systemen getrennten Datenbank, die zur Berechnung von Daten zu Erfolg und Nebenwirkungen der Therapie benutzt wird. Dazu werden die Daten pseudonymisiert weitergegeben – in der Datenbank stehen keine Namen, sondern nur eine Zahl zur Fallnummerierung. Die Art dieser Datenweitergabe zu wissenschaftlichen Zwecken wurde von der Ethikkommission Münster genehmigt.

Zur Einhaltung gesetzlicher Vorgaben werden wir langfristig nach Ihrem Wohlergehen fragen. Das betrifft den Erfolg der Therapie, den Verlauf der Erkrankung und mögliche Spätfolgen. Sie können auch diese Nachsorge jederzeit ablehnen. Wir benutzen dafür verschiedene Methoden, die wir zum jeweiligen Zeitpunkt mit Ihnen besprechen (Termin, Telefon, Fragebogen). Die Aufbewahrung Ihrer Daten folgt gesetzlichen Fristen (30 Jahre).

Häufig wird von uns das Ausfüllen von Papieren für Sie benötigt, wozu wir Ihre Daten brauchen – in der Regel tun wir dies, nachdem Sie es von uns anfordern, wie zum Beispiel Anträge auf Anschlussheilbehandlung. Andere Empfänger Ihrer Daten sind Institutionen, die notwendig an der Behandlung beteiligt sind. Handelt es sich um Anfragen von z.B. Krankenkassen, müssen Sie denen jeweils eine „Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ unterschreiben.

Sie nennen oben einen nahen Angehörigen oder Freund. Mit Ihrer Einwilligung gestatten Sie uns, diesen über Ihre Erkrankung bzw. Behandlung bei uns zu informieren.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten und die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen. Unter bestimmten Umständen steht Ihnen das Recht auf die Löschung oder Einschränkung der gespeicherten Daten zu. Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie den Eindruck haben, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz NRW Helga Block, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf, www.ldi.nrw.de Praxisverantwortlich für Datenerfassung und Datenschutzfragen ist die Datenschutzbeauftragte Dr. Riesenbeck

Zustimmungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen, schützenswerten Daten zu o.g. Zwecken von der Praxis erhoben und verarbeitet und weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt für den aktuellen Behandlungsfall und die dazugehörige Nachsorge. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen oder Nachteile für mich widerrufen werden. Eine weitergehende Nutzung der Daten über die o.g. Gründe hinaus ist nicht gestattet.

Datum

Unterschrift

Einverständnis mit der Befundanforderung

Mit meiner Unterschrift gestatte ich der strahlenherapeutischen Gemeinschaftspraxis Reimann/Riesenbeck, bei anderen mich behandelnden Ärzten Befunde und Bilder anzufordern, die zur weiteren medizinischen Versorgung als notwendig erachtet werden.

Die Praxis versichert, mit den so erhaltenen Daten entsprechend der DSGVO umzugehen. Die Datenschutzerklärung der Praxis wird auf der Homepage zur Verfügung gestellt.

Patientendaten (lesbar)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Datum

Unterschrift