Dr. Michael Lang
Kinderarzt

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

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:
Kinderarztpraxis Dr. med. univ. Michael Lang
Am Mühlgraben 1 • 09350 Lichtenstein/Sa.
Telefon: 03 72 04 - 23 04 • kontakt@kinder-doc.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:
Dr. med. univ. Michael Lang
Am Mühlgraben 1 • 09350 Lichtenstein/Sa.
Telefon: 03 72 04 - 23 04 • kontakt@kinder-doc.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag Ihres Kindes zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten Ihres Kindes. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.
Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis Ihres Kindes ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. VIDEOSPRECHSTUNDE

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Behandlung durch Dr. med. univ. Michael Lang mittels zertifizierter Videosprechstunde ausschließlich auf Ihr Verlangen zu und bestätigen, mit Ihrem Kind bereits in unserer Praxis behandelt worden zu sein. Sie versichern, für die Videosprechstunde soweit möglich folgende Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde zu erfüllen:

- geschlossener Raum
- Ruhe
- geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang)
- gute Lichtverhältnisse.

Sind die Bedingungen nicht geeignet, kann Herr Dr. med. univ. Lang die Videosprechstunde abbrechen.
Ihnen wird durch unser Praxisteam ein Zugangscode je Videosprechstunde per SMS an Ihr Mobiltelefon mitgeteilt. Die Übermittlung von Daten erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis Ihres Kindes ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten im gesetzlichen Rahmen an weitere berechtigte Empfänger.

5. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten sowie die Ihres Kindes 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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes 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 und die Ihres Kindes 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 und die Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt.
Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Sächsischer Datenschutzbeauftragter • Devrientstraße 5, 01067 Dresden • saechsdsb@slt.sachsen.de

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten und die Ihres Kindes 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.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

- **in die Verarbeitung von Daten durch die Kinderarztpraxis Dr. med. univ. Michael Lang gemäß DSGVO**
- **in die Behandlung durch Dr. med. univ. Michael Lang sowie Übernahme der gesamten Patientenkartei**

○ Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Daten zum Zweck der Terminbestätigung, -erinnerung und -koordination, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein. Dazu zählen insbesondere folgende Daten von Ihnen bzw. Ihres Kindes:
Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Ultraschall).

○ Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die meines Kindes und die Weitergabe an andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligungen, sind mir bekannt (siehe Punkt 6). Die Einwilligungen kann ich jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

○ Ich willige hiermit der Behandlung durch Dr. med. univ. Michael Lang mittels gemäß §5 Abs. 2 der Anlage 31b zum BMV-Ä zertifizierter Videosprechstunde ausschließlich auf mein Verlangen hin ein und bestätige, mit meinem Kind bereits in unserer Praxis behandelt worden zu sein.

○ Ich stimme der Behandlung meines Kindes durch Herrn Dr. med. univ. Michael Lang und - z. B. im Falle des Wechsels in unsere Praxis - der Übernahme der gesamten Patientenkartei zu. Meine Rechte, insbesondere zur nur teilweisen Übernahme der Akte bzw. der Unterlagen, sind mir bekannt.

Nachname, Vorname des Kindes (in Druckbuchstaben)	Name des Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)
Telefon (für Rückfragen, Befundauskünfte etc.)	E-Mail-Adresse (optional)
Ort, Datum	Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter