

Information zum Datenschutz für Patient*innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig!

Bereits seit langem gelten für persönliche Daten und Informationen, die im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit erhoben werden, strenge Datenschutzrichtlinien. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir darüber hinaus 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:

Dipl.-Psych. Svenja Wilhelm

Praxisname: therapie-sw.de

Adresse: Heilwigstraße 88, 20249 Hamburg

Kontakt Daten: Telefon: 0176 53 59 0511

E-Mail: kontakt@therapie-sw.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter: s.o.

2. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer/m Arzt*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzt*innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, 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. Empfangende Ihrer Daten:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfangende Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzt*innen/ Psychotherapeut*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. Gestellte Rechnungen von Fr. Wilhelm werden an den/die Steuerberater*in zu Abrechnungszwecken weitergegeben.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere Berechtigte. Arztbriefe zur allgemeinen Information über Ihre Behandlung oder im Rahmen der Berichtspflicht für überweisende Ärzt*innen übermitteln wir nur mit ausdrücklichem Einverständnis von Ihnen.

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 §28 Abs.3 der Röntgenverordnung.

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:

Name: Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Kurt-Schumacher-Allee 4, 6. OG, 20097 Hamburg

6. Rechtliche Grundlagen:

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Erklärung zum Erhalt von Informationen zum Datenschutz

☐ Ich habe von meiner Therapeutin ein Informationsblatt zum Datenschutz für Patient*innen erhalten.

Name: _____, geb. am _____,

Erklärung zur Übermittlung von regelmäßigen Befundberichten durch meine behandelnde Psychotherapeutin an meinen Hausarzt und Facharzt (§73 Abs. 1b SGB V)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach dem Bundesdatenschutzgesetz und den EU-Richtlinien zum Datenschutz gelten strenge Vorschriften zum Schutz Ihrer persönlichen Daten. Dennoch besteht hinsichtlich der Weitergabe von Informationen über Ihre Diagnosen und Ihren Therapieverlauf der Bedarf ausdrücklicher Erklärungen Ihrerseits: Von Seiten der kassenärztlichen Vereinigung bin ich einerseits verpflichtet, regelhaft an den überweisende/n ärztliche Behandler/in oder Hausarzt/ärztin über Ihre Therapie zu berichten; andererseits verlangen die zusätzlichen gesetzlichen Regelungen zum Schutz Ihrer persönlichen Daten im Bereich Psychotherapie, dass Sie mir hierfür Ihre ausdrückliche Einverständnis geben. Ich möchte Sie daher bitten, mich entweder von einer regelhaften Berichtspflicht zu entbinden, damit Informationen über Ihre Therapie nur in besonderen Situation und nach Absprache mit Ihnen an Dritte erfolgen – oder der Berichtspflicht aktiv zuzustimmen. Wenn Sie keinen Hausarzt/ärztin haben, entfällt die Berichtspflicht. Selbstverständlich gelten die Datenschutzrichtlinien in allen Arztpraxen. Berichte über Ihre Therapie werden aber wie andere medizinische Daten und Befunde in Ihrer allgemeinen Krankenakte gesammelt und können von allen hierfür autorisierten Personen einer Praxis eingesehen werden.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/ärztin oder überweisender ärztliche/r Behandelnde/r regelmäßig schriftlich über meine Therapie informiert wird
- ☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass mein Hausarzt/ärztin oder überweisender ärztliche/r Behandelnde/r regelmäßig über meine Therapie informiert wird. Ich möchte, dass dies nur in Absprache mit meiner Therapeutin in Situationen, die dies erfordern (ggf. auch fernmündlich) geschieht.
- ☐ Ich habe keine/n Hausarzt/ärztin oder zu informierende/n Facharzt/ärztin.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Einverständnis in die Übermittlung von regelmäßigen Befundberichten jederzeit widerrufen kann.

Einverständniserklärung für die Inanspruchnahme von Videotherapie

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit Therapiesitzungen auch per Videosprechstunde durchzuführen. In dieser Praxis werden ausschließlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierte Videodienstanbieter verwendet (x.onvid/patientus, sowie medflex). Die technische Verbindung erfüllt somit besondere Sicherheitsanforderungen, damit das Gespräch vertraulich bleibt. Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu- Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers. Das bedeutet, dass keine Daten, Gespräche oder Nachrichten gespeichert werden. Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden. Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

- ☐ Ich möchte bei Bedarf Videotherapie nutzen und bin mit der Handhabung von Videotherapie einverstanden.

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. der mich behandelnden Therapeutin) freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meine Therapeutin) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Videodienstanbietenden erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

☐ Hiermit erkläre ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form bei meiner Therapeutin widerrufen kann.

Einverständniserklärung für digitale Patientenkommunikation

Auf Grund der prinzipiellen Unsicherheit des E-Mailverkehrs nutzt die Praxis ein von der KBV zertifiziertes Messengerprogramm (medflex) zum Dateiversand.

☐ Hiermit erkläre ich mich mit der Nutzung des medflex-Messengers einverstanden.

Nutzung der elektronischen Patient*innenakte (ePA) in der Praxis Stabile Psyche

Information und Aufklärung erfolgt am:

☐ Patient*in hat ePA nicht eingerichtet.

☐ Patient*in hat ePA eingerichtet, widerspricht aber dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.

☐ Patient*in hat ePA eingerichtet und möchte, dass folgende Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:

- ☐ Individuelle Patient*inneninformation zur psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV-11)
- ☐ Arztbriefe
- ☐ Sonstiges:

Nutzung des Hogrefe Testsystems zur Bereitstellung von Online-Fragebögen

☐ Hiermit erkläre ich mich mit der Einladung zu Hogrefe Testsystems einverstanden.

Änderungen der Kontaktdaten teile ich unverzüglich (d. h. in der folgenden Sitzung oder ggf. telefonisch) mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Adressen der oben benannten (Video-) **Dienstleister:**

medflex GmbH, Reichenaustraße 39a, 78467 Konstanz

Patientus GmbH, Bismarckstraße 10-12, 10625 Berlin

Hogrefe Testzentrale, Herbert-Quandt-Straße 4, 37081 Göttingen, Deutschland