

## **Datenschutzerklärung und Schweigepflichtentbindung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Sie das Recht zu erfahren, wer zu welchem Zweck Ihre Daten verarbeitet, wie Sie bei Bedarf dagegen vorgehen können und wer die Verantwortung für die Datenverarbeitung trägt.

### **1. VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist: Frau Elke Walther

Klinikname: BioMed Klinik Betriebs GmbH

Adresse: Tischbergerstr. 5 + 8, 76887 Bad Bergzabern

Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): 06343 – 705 – 0 / [info@biomed-klinik.de](mailto:info@biomed-klinik.de)

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter: Herr Volker Ernst, 07231 – 133 – 6000, [v.ernst@justitgmbh.de](mailto:v.ernst@justitgmbh.de)

### **2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen 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, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Diese Daten können Sie uns entweder selbst zur Verfügung stellen oder uns durch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung stellen lassen (Arztbrief). Die Verarbeitung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Aus diesem Grund erlaubt uns auch ein Gesetz, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h der Europäischen Datenschutzgrund-Verordnung und Paragraph 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Bundesdatenschutzgesetz, diese Daten zu verarbeiten, um Sie behandeln zu können.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Außer Ihrem behandelnden Arzt haben auch die Mitarbeiter vom Sekretariat, Aufnahme und die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind, Zugriff auf Ihre Daten. Darüber hinaus unterstützen uns externe Dienstleister, sogenannte Auftragsverarbeiter. Unsere Mitarbeiter und Dienstleister dürfen Ihre Daten nur nach unseren strengen Vorgaben verarbeiten und sind, wie auch Ihr behandelnder Arzt, gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

### **4. SPEICHERUNG UND LÖSCHUNG IHRER DATEN**

Die Fristen für die Aufbewahrung Ihrer Daten sind gesetzlich geregelt. Im Regelfall sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten noch 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich kürzere oder längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufnahmen, gem. § 28. Abs. 3 RÖV. Sollte aus medizinischen Gründen keine Behandlung in unserem Haus zustande kommen, werden wir Ihre Daten unverzüglich Datenschutzkonform vernichten.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Verarbeitung Ihrer Daten von uns Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. 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 Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz  
Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

[06131 2082449](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de) poststelle@datenschutz.rlp.de

-----  
Ort Datum Unterschrift

### **Schweigepflichtentbindung**

**Nur auszufüllen, falls das Gespräch mit einer anderen Person als dem Patienten selbst geführt wird**

Ich (Patient)

**Name**

**Anschrift**

**Geburtsdatum**

entbinde die Ärzte der BioMed-Klinik Betriebs GmbH, Tischberger Straße 5 + 8, 76887 Bad Bergzabern von ihrer Schweigepflicht gegenüber  
(Angehöriger oder Vertrauensperson)

**Name:**

**Anschrift**

**Geburtsdatum:**

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde übermittelt und Therapieempfehlungen in meinem Namen besprochen werden.  
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

-----  
Ort Datum Unterschrift