



## **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 Einrichtung 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:

atr Am Stadtpark GmbH  
Beckerstraße 16, 09120 Chemnitz  
Telefon: 0371-382740  
E-Mail: atr@rehaklinik-online.de

Kontakt zuständige Datenschutzbeauftragte:

Christin Fels  
E-Mail: datenschutzbeauftragter@rehaklinik-online.de

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Reha-Arzt/-Ärztin\* sowie Ihrer/m Therapeuten/in\* und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen/-inhalte, Befunde, die wir oder andere Ärzte/innen\* erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/innen\* oder Therapeuten/innen\*, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung dieser Daten 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 Ärzte/innen\*, Krankenkassen, Kostenträger wie z.B. Berufsgenossenschaften, Versicherungen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern, private Abrechnungsstellen und Dienstleister 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 berechnete Empfänger. Dazu benötigen wir Ihre Zustimmung (bei Bedarf).

\*(m/w/d)

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre (bei Berufsgenossenschaften 15 Jahre) nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Zu weiteren Fragen zu unserem Datenschutz können Sie gern Einsicht in diese Fristen nehmen.

#### 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:

Sächsische Datenschutzbeauftragte Frau Dr. Juliane Hundert

Devrientstraße 1, 01067 Dresden

E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich dokumentiere mit meiner Unterschrift, dass ich über das Formular "Patienteninformation zum Datenschutz" aufgeklärt wurde und dieses akzeptiere.

Chemnitz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/in\*)

\*(m/w/d)