

# Datenschutz

So verwenden und speichern wir Ihre Daten.

Sie vertrauen uns Ihre persönlichen Daten an. Was früher durch das ärztliche Schweigegebot bereits eine Selbstverständlichkeit war und auch weiterhin Bestand hat, wurde nun durch eine gesetzliche Regelung, die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ergänzt.

Neben der bekannten Tatsache, dass keine Information über Sie jemals die Praxisräume verlässt, kommt neu hinzu, dass wir Sie über Art, Umfang und Dauer der über Sie in der Praxis gespeicherten Daten mit diesem Formblatt in Kenntnis setzen.

Wir behandeln alle Ihre Daten mit Sorgfalt nach den gesetzlichen Bestimmungen der DSGVO. Ihre Daten dienen der Organisation Ihrer Behandlung im Rahmen des Heilauftrags.

Wir verwahren und verwalten Ihre analogen Daten in abgeschlossenen Räumen.

Digitale Daten werden auf besonders gesicherten stationären Rechnern und einem Praxisserver aufbewahrt. Die Datensicherung erfolgt auf einem externen, selbst verwalteten Zweitserver. Die Daten werden für die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren gesichert und nach Ablauf dieser Frist unwiederbringlich gelöscht. Auch das ist gesetzlich so vorgesehen.

Sie stimmen zu, dass wir Laboren, ärztlichen Kollegen und medizinischen Assistenten im Bereich der Heilberufe Ihre Befunde zur Verfügung stellen dürfen, sofern es Ihrer Behandlung oder Ihren persönlichen Interessen dient. Im Zweifel holen wir Ihre Zustimmung dazu gesondert ein.

Das trifft insbesondere auf Anfragen von Sozialversicherungsträgern und Versicherungen zu. Dort muss grundsätzlich Ihre schriftliche Zustimmung zur jeweiligen Anfrage vorliegen.

## Ihre Daten:

### Name

Vorname

Nachname

### Geburtsdatum



Monat

Tag

Jahr

### Adresse

Straße und Hausnummer

### **Telefonnummer Festnetz**

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

### **Telefonnummer Mobil**

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

### **E-Mail Adresse**

Bitte tragen Sie hier eine gültige E-Mail Adresse ein.

### **Krankenversicherung**

Bitte tragen Sie hier ein, bei welcher Krankenkasse Sie versichert sind.

## **Für minderjährige Mitversicherte -> Versichert bei:**

### **Name**

Vorname

Nachname

### **Adresse**

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer (zweite Zeile)

**Ich stimme der Nutzung meiner Daten im Rahmen der Organisation und Informationsübermittlung durch die Praxis Ralph Reck zu. Ihre Daten werden niemals an Drittanbieter weiter gegeben.**

Ja, ich stimme zu.

**Ich widerspreche ausdrücklich weitere Informationen und Neuigkeiten per E-Mail zu erhalten. Sie können Ihre Auswahl jederzeit widerrufen.**

Ich möchte E-Mails erhalten.

Ich möchte keine E-Mails erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift