

# **Datenschutzhinweis und Einwilligung zur Datenverarbeitung (gültig ab 01.01.2026)**

## **Verantwortlich für die Datenverarbeitung:**

**Hauptpraxis:** Hausarztpraxis Metelen, Wettringener Str. 2, 48629 Metelen, Tel.: 02556 93960, service@hausarztpraxis-metelen.de

**Nebenbetriebsstätte:** Ärzte am Schilden, Schilden 4, 48629 Metelen, Tel.: 02556 278, Fax: 02556 1311, E-Mail: aerzte-am-schilden@web.de

Beide Standorte sind gemeinsam verantwortlich gemäß Art. 26 DSGVO. Die Hauptpraxis ist Ihr zentraler Ansprechpartner.

**Datenschutzbeauftragter:** Hausarztpraxis Metelen (siehe oben)

**Zweck und Rechtsgrundlage:** Verarbeitung erfolgt zur medizinischen Behandlung, Erfüllung gesetzlicher Pflichten und Abrechnung (Art. 6 Abs. 1 lit. b, c und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO).

**Verarbeitete Daten:** Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten), Gesundheitsdaten (Befunde, Diagnosen, Behandlungsdaten), Abrechnungsdaten (Krankenkasse, Versicherungsstatus)

**Empfänger Ihrer Daten:** Ärzte und medizinisches Personal, Labore, Apotheken, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Hausärzteverband Westfalen-Lippe, Abrechnungsstellen, IT-Dienstleister (mit Vertrag nach Art. 28 DSGVO). **Keine Übermittlung in Drittländer.**

**Gemeinsame Datenverarbeitung:** Ab **01.01.2026** erfolgt die gemeinsame Verarbeitung beider Standorte. Hauptpraxis ist Ihr zentraler Ansprechpartner.

**Technische und organisatorische Maßnahmen (TOMs):** Wir schützen Ihre Daten durch Zugangsbeschränkungen, Verschlüsselung, Firewalls und Mitarbeiterschulungen.

**Elektronische Patientenakte (ePA):** Sie kontrollieren die Freigabe Ihrer Daten, weitere Informationen erhalten Sie bei uns.

**Online-Terminbuchung (Docvisit):** Docvisit verarbeitet Ihre Buchungsdaten im Auftrag unserer Praxis gemäß Art. 28 DSGVO. Infos: <https://www.docvisit.de/datenschutz>.

**SMS-Kommunikation:** Wir nutzen einen externen SMS-Dienstleister zur sicheren Übermittlung von Informationen wie Terminvereinbarungen, Laborergebnissen oder anderen Praxis-Mitteilungen. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt im Auftrag gemäß Art. 28 DSGVO und nur mit Ihrer Einwilligung, die Sie mit der Unterzeichnung dieser Erklärung erteilen. Eine Widerrufsmöglichkeit besteht jederzeit.

**Speicherdauer:** Gesetzliche Aufbewahrung ca. 10 Jahre, abhängig von Behandlungsunterlagen.

**Ihre Rechte:** Sie können Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch geltend machen. Wenden Sie sich an Praxisleitung oder Datenschutzbeauftragten.

**Beschwerderecht:** Bei Datenschutzverstößen steht Ihnen der Weg zur Aufsichtsbehörde offen.

**Schweigepflicht:** Mitarbeitende unterliegen strenger ärztlicher Schweigepflicht (§203 StGB).

**Einwilligung:** Ich habe die Datenschutzinformation gelesen und willige ein, dass meine Daten gemäß dieser Erklärung von Haupt- und Nebenpraxis verarbeitet werden. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

**Ort, Datum:**

**Name (in DRUCKBUCHSTABEN) und Geburtsdatum:**

**Unterschrift:**