



HAUSARZTPRAXIS
FRANZISKA PAROCH
Fachärztin für Innere Medizin

Telefon 03991 6690500, Telefax 03991 6690501
 Rezept-Telefon 03991 6690502, E-Mail info@hausarzt-paroch.de
 IBAN DE18 3006 0601 0028 4231 62, BIC DAAEEDDDXXX

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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.

VERANTWORTLICHE FÜR DIE DATENVERARBEITUNG UND DEN DATENSCHUTZ

Verantwortlich für die Datenverarbeitung Franziska Paroch
 Praxisname Hausarztpraxis Paroch, Zu den Kirchentannen 1, 17192 Waren (Müritz)
 Telefon 03991 6690500, E-Mail info@hausarzt-paroch.de

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.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Außer Ihrem behandelnden Arzt haben auch die Praxismitarbeiter, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind, Zugriff auf Ihre Daten.

Darüber hinaus unterstützen uns externe Dienstleister, sogenannte Auftragsverarbeiter, bei der Wartung technischer Anlagen in der Praxis, die wir für Ihre Behandlung benötigen. Unsere Mitarbeiter und Dienstleister dürfen Ihre Daten nur nach unseren strengen Vorgaben verarbeiten und sind, wie auch Ihr behandelnder Arzt, gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten kann es erforderlich sein, Ihre Daten an mitbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und Labore oder



andere Gesundheitsdienstleister zu übermitteln. Insbesondere zur Abrechnung übermitteln wir Ihre Daten, soweit erforderlich, auch an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

SPEICHERUNG 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.

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.

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

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern
Lennéstraße 1, 19053 Schwerin; www.datenschutz-mv.de

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieser Patienteninformation und Ihr Einverständnis mit ihr durch Ihre Unterschrift und kreuzen Sie, wenn gewünscht, das folgende Kästchen an!

Ihr Praxisteam

☐ Ich bin mit der Praxiskommunikation per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

.....
Name des Patienten in Druckbuchstaben

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen die eines Sorgeberechtigten)



HAUSARZTPRAXIS
FRANZISKA PAROCH
Fachärztin für Innere Medizin

Telefon 03991 6690500, Telefax 03991 6690501
 Rezept-Telefon 03991 6690502, E-Mail info@hausarzt-paroch.de
 IBAN DE18 3006 0601 0028 4231 62, BIC DAAEDEDXXX

FRAGEBOGEN HAUTKREBS-SCREENING

Liebe Patientin, lieber Patient,

seit 1. Juli 2008 wird das Hautkrebs-Screening angeboten. Dieses ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und gehört zum Krebsfrüherkennungsprogramm. Sie haben ab dem Alter von 35 Jahren einen Anspruch, sich alle 2 Jahre auf verdächtige Veränderungen der Haut untersuchen zu lassen. Sollte sich eine Auffälligkeit ergeben, werden Sie an eine Fachärztin / einen Facharzt für Dermatologie (Hauterkrankungen) weiterüberwiesen.

Um Ihr individuelles Risiko besser abschätzen zu können, bitte ich sie im Voraus, folgende Fragen zu beantworten:

TRAT IN DER VERGANGENHEIT EINE DER FOLGENDEN HAUTKREBSARTEN BEI IHNEN AUF? Bitte zutreffendes ankreuzen!

- ☐ malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs)
- ☐ Basalzellkarzinom (weißer Hautkrebs)
- ☐ Plattenepithelkarzinom (weißer Hautkrebs)

WAR ODER IST EIN VERWANDTER ERSTEN GRADES (ELTERN, KINDER) AN EINEM MALIGNEN MELANOM (SCHWARZER HAUTKREBS) ERKRANKT?

☐ ja ☐ nein

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE, DIE DAS IMMUNSYSTEM UNTERDRÜCKEN Z.B. NACH ORGANTRANSPLANTATION, BEI RHEUMA ODER AUTOIMMUNERKRANKUNGEN?

☐ ja ☐ nein

IST IHNEN IN LETZTER ZEIT EINE VERÄNDERUNG AN IHRER HAUT AUFGEFALLEN?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo:

.....



**HABEN SIE BEREITS IN DIESEM ODER IM LETZTEN JAHR EIN HAUTKREBS-SCREENING
IN ANSPRUCH GENOMMEN?**

☐ ja ☐ nein

WAS SIND SIE VON BERUF?

.....

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG SONNENBÄDER ODER GEHEN INS SOLARIUM?

☐ ja ☐ nein

(Fragebogen angelehnt an den Anamnesebogen der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V.)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen die eines Sorgeberechtigten)