



PRIVATPRAXIS FÜR UROLOGIE  
PD DR. MED. R. HODA

Neunzigstraße 10  
40625 Düsseldorf  
Tel.: 0211 – 292 601 87  
Mobil: 0151 65 25 55 04  
[www.urologie-in-duesseldorf.de](http://www.urologie-in-duesseldorf.de)

## DATENSCHUTZ- ERKLÄRUNG NACH DSGVO

Datenschutzverantwortliche:  
PD Dr. med. M.Raschid Hoda  
Datenschutzbeauftragte:  
Fr. Dipl.-Ing. Arezo Hoda  
[info@urologie-in-duesseldorf.de](mailto:info@urologie-in-duesseldorf.de)

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

aufgrund der europäischen Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes sind wir dazu angehalten, Ihnen mehr Informationen zu den von uns erhobenen Daten und den Umgang mit denselben als bisher zu vermitteln. Wir erheben von Ihnen aufgrund zum einen bestehender gesetzlicher Bestimmungen (z.B. SGB V) und Verordnungen (Vorgaben der Bundesärztekammer), zum anderen auf freiwilliger Basis zur Verbesserung und Vervollständigung unserer Dienstleistungen (z.B. Telefonnummer) für Sie:

- personenbezogene Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon-Nr., ggf. Email-Adr., evtl. auch Adresse und Telefonnummer nächster Angehöriger oder Betreuer, wie auch
- Gesundheitsdaten wie Vorgeschichte, Befunde, Diagnosen, Behandlungsdaten, Aufklärungen, Röntgen – und Ultraschallbilder, etc.

Diese Daten werden durch im Datenschutz geschultes Personal EDV-technisch erfasst, gespeichert, ggf. bearbeitet und nach Ablauf der gesetzlich vorgegebenen Fristen auf Antrag auch gelöscht. In sehr geringem Umfang ist eine Weitergabe dieser Daten an Externe erforderlich. In erster Linie betrifft dies Daten zur Abrechnung an die Krankenkassen oder Behandlungsdaten an den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Es kann aber auch nach SGB V erforderlich sein, Daten an vor- und nachbehandelnde Ärzte zu übermitteln. Auch ist es möglich, Daten an von Ihnen autorisierte oder von Gerichts wegen bestellter Personen zu übermitteln.

Sie haben jederzeit das Recht, freiwillige Angaben mittels schriftlichen Widerrufs löschen zu lassen. Unberührt davon bleiben Daten, die einer gesetzlichen Aufbewahrungsfrist unterliegen. Sie haben das Recht, Einblick in die hier gespeicherten Daten zu nehmen. Sie haben das Recht, die Löschung oder Änderung falsch erfasster/gespeicherter Daten zu verlangen. Sie haben das Recht bei der zuständigen Behörde (Landesamt für Datenschutz NRW, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211/ 84240) anzuzeigen, wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass Ihre Daten nicht entsprechend datenschutzrechtlicher Bestimmungen behandelt werden. Um einen möglichst hohen Schutz Ihrer Daten zu erreichen, haben wir eine interne Datenschutzrichtlinie entwickelt, die alle Mitarbeiter zu vertraulichem Umgang mit Ihren Daten verpflichtet.

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen ist ein krimineller Zugriff nicht gänzlich auszuschließen, bei Störungen würden wir aber sofort die zuständige Behörde (Landesamt für Datenschutz NRW) in Kenntnis setzen, um den Schaden so klein wie möglich zu halten.

Mit der umseitigen Erklärung erkläre ich mich einverstanden, die angegebenen Daten zu speichern, bzw. auch entsprechende Übermittlungswege zu nutzen. Freiwillige Angaben, Einverständniserklärungen und Einwilligung in Übertragungswege können jederzeit durch schriftlichen Widerspruch widerrufen werden.



PAT.- Name: \_\_\_\_\_

PAT.- Nr: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle meine persönlichen Daten, die in der Urologischen Privatpraxis PD Dr. med. Hoda erhoben werden, dort EDV- technisch gespeichert werden.

Auf die Möglichkeit eines unvorhersehbaren (und auch kriminellen) Zugriffs auf meine Daten von außerhalb trotz bestvorliegenden Schutzes hiergegen, wurde ich hiermit hingewiesen. Ansonsten besteht natürlich auch hier die Ärztliche Schweigepflicht, was durch Zugriffsbegrenzungen und Verschlüsselungstechniken gewährleistet wird.

Ich bin damit einverstanden, dass persönliche und Gesundheitsdaten an nach- oder vorbehandelnde Ärzte übermittelt werden (z.B. Hausarzt, Labor, Pathologie u.a.).

ja                       nein

(bitte beachten Sie, dass bei nein ggf. keine ausreichende Diagnostik oder Behandlung erfolgen kann!)

Ich bin damit einverstanden, dass zur Übermittlung der Daten Telefax genutzt werden kann

ja                       nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich oder eine von mir beauftragte Person unter Angabe eines persönlichen Codes telefonisch über Ergebnisse / Befunde informiert werden darf.

ja                       nein

Da zunehmend Unterlagen auch über sichere Datenleitungen an vor- oder nachbehandelnde Ärzte gesandt werden können, müssen wir wissen, ob Sie hiermit einverstanden sind:

Ich bin damit einverstanden, dass Befunddaten an meinen Hausarzt oder andere vor- und nachbehandelnde Ärzte auch über Datenleitungen (natürlich nur verschlüsselt) versandt werden.

ja                       nein

Ich weiß, dass ich das Recht besitze, jede einzelne oder alle Einwilligungen jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Düsseldorf, den \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_