



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

*Der Gesundheits-
Campus*

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Sozialpädiatrisches Zentrum

PD Dr. med. habil. G. Schwabe

Chefarzt

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Datum

Telefon 0355 46-31 59
Telefax 0355 46-25 52
E-Mail SPZ@ctk.de

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 das Sozialpädiatrische Zentrum die Daten Ihres Kindes verarbeitet, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHE STELLE FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

CTK-Poliklinik GmbH
Geschäftsführer
Herr Dr. G. Brodermann
Thiemstraße 111
03048 Cottbus

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Datenschutzbeauftragter Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH
Thiemstraße 111
03048 Cottbus
Email-Adresse: dsb@ctk.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem behandelnden Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten Ihres Kindes insbesondere dessen Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder

Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER DER DATEN IHRES KINDES

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger der personenbezogenen Daten Ihres Kindes können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG DER DATEN IHRES KINDES

Wir bewahren die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen bzw. Ihrem Kind unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes 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 der personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 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.

Ihr SPZ Team



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

*Der Gesundheits-
Campus*

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Sozialpädiatrisches Zentrum

PD Dr. med. habil. G. Schwabe

Chefarzt

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Datum

Telefon 0355 46-31 59
Telefax 0355 46-25 52
E-Mail SPZ@ctk.de

Kenntnisnahme der Patienteninformation nach Art. 12 ff. Datenschutz-Grundverordnung
Eine ausführliche Information über die Verarbeitung der Daten meines Kindes in der
Einrichtung (SPZ) meines mich behandelnden Arztes habe ich zur Kenntnis genommen.

Behandelnder Arzt: _____ (Stempel)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum / Unterschrift: _____

(Unterschriebene Kenntnisnahme wird in der Krankenakte archiviert bzw. eingescannt.)



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

*Der Gesundheits-
Campus*

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Sozialpädiatrisches Zentrum

PD Dr. med. habil. G. Schwabe

Chefarzt

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Datum

Telefon 0355 46-31 59
Telefax 0355 46-25 52
E-Mail SPZ@ctk.de

Einwilligung in die Datenübermittlung

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO bzw.
Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a), h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V .m. §
73 Abs. 1b SGB V bei Kassenärztlicher Versorgung)

Fallnummer:
(Pat.-Etikett)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt (Arztstempel)

die mein Kind betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler.

Ja [] Nein []

Ferner bin ich damit einverstanden, dass mein o.g. Arzt die bei meinem Hausarzt/ Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die Behandlung meines Kindes

erforderlich sind, anfordern kann. Mein o.g. Arzt wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja [] Nein []

Mein Hausarzt/Ärztin ist:

Mein Vorbehandler ist:

Mein Weiterbehandler ist:

Name und Anschrift

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den o.g. Arzt zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Cottbus, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)