Praxis für Neuropsychiatrie
NEUROLOGIE · PSYCHIATRIE · PSYCHOTHERAPIE

Doctor-medic Alexandra Chaaban
Dipl-medic Zapryan Petrov
Schrambergerstraße 87 · 78628 Rottweil
Telefon: 0741/94248384
info@praxisfuerneuropsychiatrie.de
praxisfuerneuropsychiatrie.de

Patienteninformation zum Datenschutz und zur Privatabrechnung

Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO in Verbindung mit §§ 22, 32 ff. BDSG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung verarbeiten wir personenbezogene Daten über Sie, darunter Gesundheitsdaten. Mit dieser Information erläutern wir Ihnen, welche Daten wir zu welchem Zweck verarbeiten, an wen sie gegebenenfalls weitergegeben werden und welche Rechte Ihnen zustehen. Bitte lesen Sie diese Information. Das Formular „Kenntnisnahme und Einwilligungserklärungen“ ist hiervon getrennt und enthält ausschließlich die dort bezeichneten freiwilligen Einwilligungen.

1. Verantwortliche Stelle

Praxis für Neuropsychiatrie, Chaaban und Petrov GbR (Berufsausübungsgemeinschaft), vertreten durch die Gesellschafter Doctor-medic Alexandra Chaaban und Dr. Zapryan Petrov, Schrambergerstraße 87, 78628 Rottweil, Telefon 0741/94248384, E-Mail info@praxisfuerneuropsychiatrie.de, www.praxisfuerneuropsychiatrie.de. Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte an die vorgenannten Kontaktdaten oder persönlich an uns in der Praxis. Bitte übermitteln Sie Gesundheitsdaten nicht per unverschlüsselter E-Mail.

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Durchführung des Behandlungsvertrages, insbesondere zur Anamnese, Diagnostik, Therapie, Dokumentation und Abrechnung. Rechtsgrundlagen sind Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Behandlungsvertrag), Art. 9 Abs. 2 lit. h und Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG (Gesundheitsversorgung durch berufsrechtlich zur Verschwiegenheit verpflichtete Ärzte) sowie Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten, etwa der Dokumentationspflicht nach § 630f BGB, gesetzlicher Meldepflichten und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten. Soweit eine Verarbeitung darüber hinausgeht, erfolgt sie nur auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

3. Kategorien und Herkunft der Daten

Wir verarbeiten insbesondere: Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten), Angaben zu Kostenträger und Versicherungsstatus, Gesundheitsdaten (Anamnese, Diagnosen, Befunde, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Medikation) sowie Abrechnungsdaten. Die Daten erheben wir grundsätzlich bei Ihnen selbst. Daten von vor- oder mitbehandelnden Ärzten, Kliniken, Psychotherapeuten oder Laboren können wir erhalten, wenn Sie diese übermitteln, eine entsprechende Einwilligung vorliegt oder eine gesetzliche Grundlage die Verarbeitung erlaubt.

4. Privatabrechnung

Unsere Praxis ist eine Privatpraxis. Die Abrechnung unserer Leistungen erfolgt durch die Praxis selbst nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir beauftragen keine externe privatärztliche Verrechnungsstelle und treten unsere Honorarforderungen nicht an Dritte ab. Die Rechnung enthält die nach § 12 GOÄ vorgeschriebenen Angaben, insbesondere das Datum der Leistungserbringung, die berechneten Gebührenziffern und Leistungsbezeichnungen, Steigerungssätze, Beträge sowie gegebenenfalls weitere gesetzlich erforderliche Angaben. Die Einreichung bei Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträgern nehmen Sie selbst vor. Sollte sich das Abrechnungsverfahren künftig ändern, informieren wir Sie vorab und holen, soweit erforderlich, Ihre gesonderte Einwilligung ein. Im Falle einer Nichtzahlung verarbeiten wir die zur Durchsetzung der Forderung erforderlichen Daten (Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO).

5. Empfänger Ihrer Daten

Innerhalb unserer Berufsausübungsgemeinschaft führen wir eine gemeinsame Patientenakte; beide Ärzte der Praxis sowie unser Praxispersonal haben im erforderlichen Umfang Zugriff. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur, soweit dies gesetzlich erlaubt ist oder eine erforderliche Einwilligung vorliegt. Empfänger können insbesondere sein:

• weiter-, mit- oder vorbehandelnde Ärzte, Kliniken, Psychotherapeuten, Labore und sonstige Leistungserbringer, soweit dies gesetzlich zulässig ist oder eine entsprechende Einwilligung vorliegt;

• Dienstleister, die uns im Auftrag und unter vertraglicher Bindung nach Art. 28 DSGVO unterstützen, z. B. Anbieter der Praxisverwaltungssoftware, IT-Wartung und Videosprechstunde;

• unsere Steuerberatung, soweit dies für die Buchführung erforderlich ist und die einschlägigen Verschwiegenheitspflichten eingehalten werden;

• Behörden, Gerichte und sonstige Stellen, soweit eine gesetzliche Pflicht zur Übermittlung besteht;

• Ihre private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Dritte, soweit Sie dies veranlassen oder eine gesetzliche Grundlage hierfür besteht.

Eine Übermittlung in Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR ist nicht vorgesehen. Sie erfolgt nur, wenn Sie dies veranlassen, eine gesetzliche Grundlage besteht oder die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Drittlandübermittlung erfüllt sind.

6. Speicherdauer

Ihre Behandlungsdokumentation bewahren wir gemäß § 630f Abs. 3 BGB grundsätzlich für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung auf, soweit nicht andere Vorschriften eine längere Aufbewahrung vorschreiben. Abrechnungsunterlagen werden nach den steuerrechtlichen Vorschriften (§ 147 AO) aufbewahrt. Im Einzelfall kann eine längere Aufbewahrung zur Geltendmachung oder Abwehr von Rechtsansprüchen erforderlich sein. Nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden die Daten gelöscht, soweit keine andere Rechtsgrundlage für eine weitere Speicherung besteht.

7. Ihre Rechte

Sie haben – soweit die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen – das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Einsichtnahme in Ihre Patientenakte (§ 630g BGB); eine erste Kopie erhalten Sie unentgeltlich (Art. 15 Abs. 3 DSGVO). Sie haben ferner, soweit die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) sowie Widerspruch gegen bestimmte Verarbeitungen (Art. 21 DSGVO).

Eine erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO); die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling nach Art. 22 DSGVO findet nicht statt.

Sie haben zudem das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO): Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart · Telefon 0711/615541-0 · Telefax 0711/615541-15 · E-Mail poststelle@lfdi.bwl.de · www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de.

8. Pflicht zur Bereitstellung

Die Bereitstellung der für die Behandlung erforderlichen Daten ist für den Abschluss und die Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich. Ohne diese Angaben ist eine sorgfältige ärztliche Behandlung gegebenenfalls nicht möglich. Die im Formularteil aufgeführten Einwilligungen sind dagegen freiwillig; Ihre Behandlung hängt nicht davon ab, ob Sie sie erteilen.

Kenntnisnahme und Einwilligungserklärungen

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum ersten Termin mitbringen.

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

gesetzlicher Vertreter / Betreuer (falls zutreffend): _____

Kenntnisnahme

☐ Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz und zur Privatabrechnung“ der Praxis für Neuropsychiatrie erhalten und zur Kenntnis genommen.

Freiwillige Einwilligungen

Alle nachfolgenden Einwilligungen sind freiwillig. Bitte kreuzen Sie jeweils Ihre Entscheidung an. Soweit Sie zustimmen, willigen Sie in die jeweils beschriebene Datenverarbeitung ein und entbinden die Ärzte der Praxis insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

A. Befundaustausch mit dem Hausarzt

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der Praxis meine für die weitere Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt übermitteln und dass mein Hausarzt der Praxis die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermittelt.

Hausarzt: Name / Anschrift: _____

B. Befundaustausch mit weiteren Vor- und Mitbehandlern

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Praxis meine für die weitere Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an die nachfolgend benannten Vor- oder Mitbehandler übermitteln und von diesen die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde erhalten.

Name / Einrichtung / Anschrift: _____

Name / Einrichtung / Anschrift: _____

C. Weitere Übermittlung zur Behandlung

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Praxis die für meine weitere Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an weitere von mir benannte Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken oder sonstige Leistungserbringer übermitteln.

Empfänger / Einrichtung: _____

D. Kontakt per E-Mail

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mir Terminangelegenheiten und Rechnungen per E-Mail übermittelt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mails von Dritten eingesehen werden können. Befunde werden nur verschlüsselt oder auf anderem sicheren Weg übermittelt.

E-Mail-Adresse: _____

E. Telefonischer Kontakt

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich unter der folgenden Nummer kontaktiert und zu Terminangelegenheiten auch eine Nachricht auf Anrufbeantworter / Mailbox hinterlässt (ohne medizinische Inhalte).

Telefonnummer: _____

F. Auskunft an Angehörige / Vertrauenspersonen

☐ Ja ☐ Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Praxis der folgenden Person Auskunft über meine Behandlung erteilen.

Name / Beziehung zum Patienten / Telefonnummer:

_____

Diese Einwilligungen gelten für zukünftige Behandlungen in unserer Praxis, soweit sie nicht widerrufen oder eingeschränkt werden. Sie können die Einwilligungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis widerrufen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter / Betreuer: _____

Unterzeichnet bei minderjährigen Patienten ein Elternteil allein, sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt. Unterzeichnet ein Betreuer, bitten wir um Vorlage des Betreuerausweises.

PNP-01 Patienteninformation Datenschutz und Privatabrechnung | Stand 09/2026