



Datenschutzrichtlinien unserer Praxis

1. Wir unterliegen grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Schweigepflicht gilt auch gegenüber engen Verwandten oder dem Lebenspartner, sofern nicht eine ausdrückliche Schweigepflichtentbindung vorliegt.
2. Sämtliche Papierunterlagen, die einem Patienten zugeordnet werden könnten, werden von uns fachgerecht geschreddert (mit einem Schredder der Sicherheitsstufe 4 nach DIN-Norm 32757).
3. Telefonische Auskünfte werden nur an den Patienten persönlich erteilt, und dann auch nur wenn wir ihn anhand von Telefonnummer und Stimme zweifelsfrei identifizieren können. Im Zweifel muss der Patient persönlich erscheinen.
4. Bescheinigungen oder Auskünfte können grundsätzlich nicht per E-Mail erteilt werden.
5. Im Rahmen von medizinischen Notfällen behalten wir uns vor, Informationen an andere medizinische Mitarbeiter (sofern diese zweifelsfrei identifizierbar sind) weiterzuleiten, sofern diese ebenfalls der medizinischen Schweigepflicht unterliegen. Ein Beispiel wäre der Anruf eines Kollegen aus dem Krankenhaus, der die aktuelle Medikationsliste oder Informationen zu Vorerkrankungen benötigt.
6. Unser Patientenverwaltungsprogramm, welches sämtliche Daten und Unterlagen des Patienten enthält, hat keine Verbindung zu anderen Servern außerhalb der Praxis. Eine Ausnahme bildet die Telematikinfrastruktur bei der nach Einwilligung des Patienten gesundheitsbezogene Daten an die Kassenärztliche Vereinigung gesandt werden. Diese sind komplex und physisch verschlüsselt.
7. Eine Ausnahme bildet die Kommunikation mit dem Kostenträger, also Ihrer Krankenkasse, der wir Ihre Behandlungsdaten übermitteln müssen. Ebenso gilt dies für Psychotherapeuten, Labore sowie Sie behandelnde Fachärzte.
8. Wir achten darauf, dass Ihre patientenbezogenen Daten auf Unterlagen oder Bildschirmen nicht von Dritten einsehbar sind.

Ich habe die Datenschutzrichtlinien verstanden und erkläre mich mit den oben aufgeführten Bedingungen einverstanden

Name der/des Patienten/in _____

Frankfurt am Main, den _____ Unterschrift Patient/in: _____

Ich entbinde die Hausarztpraxis am Ostbahnhof von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

_____ geb. am _____

Name der/des Patienten/in: _____ geb. am _____

Frankfurt am Main, den _____ Unterschrift Patient/in: _____