



ONCOS

HÄMATOLOGISCH ONKOLOGISCHES
CENTRUM OSTSACHSEN GmbH
- MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM -

ANKE FREIDT
DR. MED. CONRAD HEUCHEL

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE
PALLIATIVMEDIZIN

MUSKAUER STR. 20C
02625 BAUTZEN

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 wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH,
vertreten durch die Geschäftsführer
Anke Freidt / Dr. med. Conrad Heuchel

Anschrift:	Muskauer Straße 20 c, 02625 Bautzen
Telefon: 03591 40424	Fax: 03591 40426
E-Mail: info@oncos.de	Internet: www.oncos.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag über die ärztliche Versorgung und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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



ONCOS

HÄMATOLOGISCH ONKOLOGISCHES
CENTRUM OSTSACHSEN GmbH
- MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM -

ANKE FREIDT
DR. MED. CONRAD HEUCHEL

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE
PALLIATIVMEDIZIN

MUSKAUER STR. 20C
02625 BAUTZEN

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

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzel-fall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung des Vertrages 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.

5. IHRE RECHTE

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

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit 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 Sächsische Datenschutzbeauftragte

Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden

Postfach 12 09 05, 01008 Dresden

Tel.: 0351/493 – 54 01; Fax: 0351/493 – 54 90

E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de; Internet: www.datenschutz.sachsen.de



ONCOS

HÄMATOLOGISCH ONKOLOGISCHES
CENTRUM OSTSACHSEN GmbH
- MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM -

ANKE FREIDT
DR. MED. CONRAD HEUCHEL

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE
PALLIATIVMEDIZIN

MUSKAUER STR. 20C
02625 BAUTZEN

Name Patient: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name Bevollmächtigte/r: _____ Vorname: _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihre Einwilligung in die nachfolgenden Punkte, die angekreuzt sind. Das Informationsblatt (Aushang) „PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ“ habe ich zur Kenntnis genommen

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz zur Nutzung und Übermittlung der Persönlichen Daten und Einwilligungserklärung zur Verwendung persönlicher Daten

Aufgabe und Ziel unseres Vertrages ist die Erbringung von ärztlichen Behandlungsleistungen. Für die Durchführung dieser vertraglichen Leistungen ist es notwendig, Ihre personenbezogenen Daten (u. a. Ihren Namen, Vornamen, Geburtstag und Anschrift sowie Kontaktdaten) zu speichern und zu verwenden. Dies betrifft insbesondere auch Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass das Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH, zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken die dafür benötigten personenbezogenen Daten (Namen und Vornamen, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung und Versicherungsnummer, Gesundheitszustand, verordnete Arzneimittel bzw. Wirkstoffe, Behandlungsverlauf, ggf. Zuzahlungsbefreiung) speichert, übermittelt bekommt bzw. Zugang zu diesen gewährt erhält.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass das Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Hausarzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. ONCOS darf diese Informationen nur zur weiteren Behandlung und Dokumentation verwenden.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die bei der Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH vorliegen.



ONCOS

HÄMATOLOGISCH ONKOLOGISCHES
CENTRUM OSTSACHSEN GmbH
- MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM -

ANKE FREIDT
DR. MED. CONRAD HEUCHEL

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN
HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE
PALLIATIVMEDIZIN

MUSKAUER STR. 20C
02625 BAUTZEN

Zur schnellen Datenübermittlung stimme ich einer unverschlüsselten Übermittlung via E-Mail oder Fax ausdrücklich zu

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH mit allen an der Behandlung/Versorgung beteiligten Ärzten und medizinischen Dienstleistern personenbezogene Daten und meine Behandlungsdokumente zur Behandlungsoptimierung austauschen dürfen.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen im Ganzen sowie für jeden einzelnen Punkt auch gesondert mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz und Entbindung von der Schweigepflicht für die Vorstellung in Tumorkonferenzen im Oberlausitzklinikum Bautzen, Universitätsklinikum Dresden sowie Tumorkonferenzen anderer Krankenhäuser und Institutionen (z.B. molekulare Tumorboards).

Ich wurde von der Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH darüber aufgeklärt und bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Daten zur Einholung einer Therapieempfehlung durch die oben genannten interdisziplinären Tumorkonferenzen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen übermittelt werden. Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt gegenüber den genannten Institutionen von der Schweigepflicht. Mir ist bewusst, dass sich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Übermittlung von anonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken

Ich wurde von der Hämatologisch Onkologisches Zentrum Ostsachsen ONCOS GmbH über den Umgang mit meinen erhobenen Daten im Rahmen der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien aufgeklärt. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich bin damit einverstanden, dass die bei mir erhobenen Daten in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (zum Beispiel Optimierung von Standardtherapien, Verbesserung von Ablauffaden), für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in bzw. Bevollmächtigte/r
-----	-------	------------------------------------------------

HÄMATOLOGISCH ONKOLOGISCHES CENTRUM OSTSACHSEN
ONCOS GMBH
- MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM -

GESCHÄFTSFÜHRENDE GESELLSCHAFTER:
ANKE FREIDT / DR. MED. CONRAD HEUCHEL
ÄRZTLICHE LEITERIN: ANKE FREIDT

MUSKAUER STR. 20C
02625 BAUTZEN

TELEFON 03591-40424
FAX 03591-40426
EMAIL INFO@ONCOS.DE
WEB WWW.ONCOS.DE

HRB-NR. 40918 (AMTSGERICHT DRESDEN)

BANKVERBINDUNG
DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN: DE22 3006 0601 0029 9998 25
BIC: DAAEEDDD