



Dermatologisches Zentrum Dres. med. Oberthür & Kollegen  
Straße der Republik 17-19; 65203 Wiesbaden  
Tel.: 0611 / 60 30 85

## Sehr geehrte Patienten, Sehr geehrte Patientinnen

Seit dem 25.05.2018 gilt in der Europäischen Union die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) als neues und gegenüber dem nationalen Recht vorrangiges Datenschutzrecht.

Die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig und wir sind um bestmöglichen Schutz dieser bemüht. Obiges Gesetz hat auch für das gemeinsame Arzt-Patientenverhältnis weitreichende Konsequenzen.

Nach Auskunft des Hessischen Datenschutzbeauftragten sowie des leitenden Datenschutzbeauftragten der Landesärztekammer Hessen sind alle telefonischen und elektronischen Kommunikationswege als nicht sicher anzusehen.

Telefongespräche, Mail, Fax, WhatsApp und andere Möglichkeiten der Kommunikation können von Dritten mitgehört, mitgeschnitten und ausgewertet werden (z.B. NSA, Bundestrojaner u.a.) Aus diesem Grund wird uns, unter Strafandrohung (bis zu 20 Millionen Euro), von den obigen Datenschutzbeauftragten untersagt, Ihnen Befunde auf diesen Kommunikationswegen mitzuteilen, oder sonstige medizinische und oder persönlich sensible Informationen auszutauschen!!

Diesem gegenüber steht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung.

Als Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird das Recht des Einzelnen verstanden, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist im Grundgesetz nicht explizit geregelt. Das Bundesverfassungsgericht hat dieses Recht in seinem Volkszählungs-Urteil aus dem [allgemeinen Persönlichkeitsrecht](#) (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) entwickelt und versteht darunter eine besondere Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts.

Somit ergeben sich folgende Möglichkeiten:

- Sie entscheiden sich für die sichere Regelung gemäß der Empfehlung der obigen Datenschutzbeauftragten und kommen zu **jeder** Befundbesprechung oder Übermittlung medizinischer / sensibler Daten in die Praxis. Andere Wege sind ausgeschlossen.
- Sie möchten weiterhin über obige, potentiell unsichere Kommunikationswege Ihre sensiblen Daten mit uns austauschen können und beauftragen uns ausdrücklich auf diesem Weg mit Ihnen weiter zu kommunizieren.

**Telefongespräche:** über Ihre Telefonnummer: .....

**Fax.:** .....

**E-Mail:** über Ihre Adresse: .....@.....

.....

Diese Genehmigung gilt bei GKV-Patienten für das aktuelle Quartal und bei PKV versicherten Patienten für 3 Monate. Eine Änderung Ihrer Entscheidung ist jederzeit möglich. In diesem Falle bitten wir um eine schriftliche Mitteilung oder Aktualisierung.

Name:..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Datum: ..... Unterschrift:.....