



Der Landesbeauftragte
für Datenschutz und Informationsfreiheit
Mecklenburg-Vorpommern

Fragebogen zur Anpassung der Praxisorganisation an die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sie wurden über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zufällig ausgewählt. Dieser Fragebogen verschafft einen ersten Überblick, wie vor Ort die Datenschutz-Grundverordnung in der Praxis umgesetzt wird. Die Ergebnisse helfen uns, den Beratungsbedarf einzuschätzen.

Fragebogen zur Anpassung der Praxisorganisation an die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Arzt/Praxis/Verantwortliche Stelle

Eingangsstempel LfDI M-V

Bitte kreuzen Sie alle Antwortmöglichkeiten an, die aus Ihrer Sicht zutreffend sind. Wir freuen uns auch über Ihre Kommentare zu diesem Fragebogen.

1. Zulässigkeit der Datenverarbeitung		
1.1	Bestandsaufnahme: Welche Daten verarbeiten Sie (digital <u>und</u> in Papierakten)?	<input type="checkbox"/> Daten von erwachsenen Patienten <input type="checkbox"/> Daten von Kindern <input type="checkbox"/> Daten von Beschäftigten
1.2	Auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten Sie Patientendaten?	<input type="checkbox"/> auf Grundlage einer Einwilligung der Patienten <input type="checkbox"/> zur Erfüllung des Behandlungsvertrages <input type="checkbox"/> auf Grundlage eines Gesetzes
1.3	Wie beabsichtigen Sie, die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung zu dokumentieren?	
1.4	Haben Sie Ihre Formulare zur Einwilligung in die Datenverarbeitung schon an die DS-GVO angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.5	Welche Änderungen haben Sie vorgenommen?	
1.6	Wenn Sie bei 1.4 „ja“ angekreuzt haben, fügen Sie bitte ein Muster als Anlage 1 bei.	

2. Datenschutzbeauftragter und Datenschutz-Folgenabschätzung		
2.1	Wie viele Ärzte arbeiten in Ihrer Praxis?	
2.2	Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie insgesamt?	

2.3	Welche Ressourcen nutzen Sie mit anderen Ärzten gemeinsam?	<input type="checkbox"/> Drucker <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> IT-Infrastruktur <input type="checkbox"/> Praxisinformationssystem <input type="checkbox"/> bildgebende Systeme <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:
2.4	Haben Sie einen Datenschutzbeauftragten bestellt oder beabsichtigen Sie, ab Mai 2018 einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.5	Wie beabsichtigen Sie, ab Mai 2018 Datenschutz-Folgenabschätzungen vorzunehmen?	<input type="checkbox"/> ich hole mir externen Rat <input type="checkbox"/> ich ziehe meinen betrieblichen oder externen Datenschutzbeauftragten zu Rate <input type="checkbox"/> ich muss keine Datenschutz-Folgenabschätzung durchführen <input type="checkbox"/> ich mache die Datenschutz-Folgenabschätzung allein
3. Datenschutz durch Technikgestaltung		
3.1	Setzen Sie Pseudonymisierungs- oder Verschlüsselungsverfahren ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2	In welchen Fällen setzen Sie Pseudonymisierungs- oder Verschlüsselungsverfahren ein?	
3.3	Haben Sie Speicherfristen festgelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.4	Nach welchen Kriterien haben Sie die Speicherfristen bestimmt?	
3.5	Haben Sie Speicherfristen dokumentiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.6	Wie überprüfen Sie, ob Speicherfristen abgelaufen sind?	
3.7	Wie haben Sie die Sicherheitsmaßnahmen, die Sie zum Schutz der Patientendaten ergriffen haben, dokumentiert?	

4. Meldepflichten		
4.1	Wer ist in Ihrer Praxis für die Meldung von Datenschutzverstößen zuständig?	(bitte eine Position angeben, keinen Namen)
4.2	Innerhalb welches Zeitraumes könnten Sie die Meldung von Datenschutzverstößen auch unter Berücksichtigung von Betriebsferien etc. an den Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern sicherstellen?	<input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage <input type="checkbox"/> eine Woche <input type="checkbox"/> 14 Tage
5. Transparenz		
5.1	Haben Sie bereits Formulare zur Information der Patienten über die Datenverarbeitung erstellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.2	Wenn Sie bei 5.1 „ja“ angekreuzt haben, fügen Sie bitte ein Muster als Anlage 2 bei.	
5.3	<p>Worüber werden Sie ab Mai 2018 Ihre Patienten informieren?</p> <p>über den Namen und die Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seines Vertreters</p> <p>über die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten</p> <p>über die Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen</p> <p>über die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung</p> <p>über die berechtigten Interessen, die von Ihnen oder einem Dritten verfolgt werden, aufgrund derer die Verarbeitung der Patientendaten erfolgt</p> <p>über Dritte, gegenüber denen Patientendaten offengelegt werden</p> <p>über externe Dienstleister, die Patientendaten zur Kenntnis nehmen können</p> <p>über die Absicht, Patientendaten in einem Drittland verarbeiten zu lassen oder an einen Dritten im Drittland zu übermitteln</p> <p>über die Dauer, für die die Patientendaten gespeichert werden oder</p> <p>falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer</p> <p>über das Bestehen von Rechten des Patienten bezüglich der Datenverarbeitung</p> <p>über das Bestehen eines Rechts, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen</p> <p>über das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde</p> <p>über die Pflicht des Patienten, in bestimmten Fällen personenbezogene Angaben zu machen und darüber, welche möglichen Folgen die Nichtangabe hätte</p> <p>über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p>

5.4	Zu welcher Gelegenheit werden Sie den Patienten die Informationen nach 5.3 zur Verfügung stellen?	<input type="checkbox"/> bei der Neuaufnahme von Patienten <input type="checkbox"/> bei jedem Besuch in der Praxis <input type="checkbox"/> wenn der Patient fragt <input type="checkbox"/> wenn sich die mitgeteilten Informationen ändern <input type="checkbox"/> wenn Patientendaten weitergegeben werden <input type="checkbox"/> wenn mitbehandelnde Ärzte oder sonstige Stellen Patientendaten übersenden
-----	---	---

6. Betroffenenrechte

6.1	Wie lange benötigen Sie, um einem Patienten Auskunft über seine Patientenakte erteilen zu können?	<input type="checkbox"/> eine Woche <input type="checkbox"/> vier Wochen <input type="checkbox"/> höchstens drei Monate
6.2	Wie lange brauchen Sie für eine Auskunft an Patienten über die in 5.3 angegebenen Informationen?	<input type="checkbox"/> eine Woche <input type="checkbox"/> vier Wochen <input type="checkbox"/> höchstens drei Monate
6.3	Wer prüft in Ihrer Praxis Anfragen auf Löschung von Patientendaten?	(bitte eine Position angeben, keinen Namen)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

--	--	--

Datum

Verantwortlicher

ggf. Datenschutzbeauftragter