

Bestellung zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Herrn/Frau _____

In der Arztpraxis _____

Betr.: Beauftragter für den Datenschutz gem. §§ 4 f und 4 g BDSG

Unter Bezugnahme auf die mit Ihnen geführten Vorgespräche bestelle ich Sie hiermit zum Beauftragten für den Datenschutz in unserer Praxis.

In Erfüllung Ihrer Aufgaben als Datenschutzbeauftragter sind Sie der Praxisleitung unmittelbar unterstellt.

Sie sind bei der Anwendung Ihrer Fachkunde auf dem Gebiet des Datenschutzes weisungsfrei und werden bei der Erfüllung Ihrer Aufgaben von der Praxisleitung unterstützt.

Ihre Aufgabe ist es, auf die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Vorschriften über den Datenschutz in unserer Praxis hin zu wirken. Zu diesem Zweck können Sie sich in Zweifelsfällen an die für unsere Praxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde wenden. Ihre gesetzlichen Pflichten sind insbesondere:

- die ordnungsgemäße Anwendung der Datenverarbeitungsprogramme, mit deren Hilfe personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen, zu überwachen; zu diesem Zweck werden Sie über Vorhaben der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet,
- sowie
- die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Praxismitarbeiter durch geeignete Maßnahmen mit den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Vorschriften über den Datenschutz, bezogen auf die besonderen Verhältnisse in diesem Geschäftsbereich und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für den Datenschutz, vertraut zu machen.

Auf Ihre Verschwiegenheitspflicht hinsichtlich der Identität von Patienten/Betroffenen sowie der Umstände, die Rückschlüsse auf die Patienten/Betroffenen zulassen - soweit Sie nicht davon durch die Patienten/Betroffenen ausdrücklich befreit sind -, weise ich Sie besonders hin.

Die Übersicht (Verfahrensverzeichnis) nach § 4 g Abs. 2 BDSG wird durch Sie geführt.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Tätigkeit viel Erfolg.

(Ort und Datum)

(Für die Arztpraxis)

Ich bin mit der Bestellung zum / zur Beauftragten für den Datenschutz einverstanden.

(Ort und Datum)

(Praxismitarbeiter)