

# Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis

## Inhalt

Mit dieser viertägigen Ausbildung qualifizieren Sie sich zum/zur Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis. Ziel der Ausbildung ist dabei die Vermittlung von umfassenden Datenschutzkenntnissen mit dem Schwerpunkt "Arztpraxis". Dies beinhaltet die Vermittlung von wichtigen gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für Ihren Praxisalltag. Dabei gehen wir auf alle im Gesundheitswesen relevanten Aspekte ein. Übernachtungs- und Reisekosten sind in dem Beitrag nicht enthalten. Der Kurs umfasst 4 Termine und wird mit einer schriftlichen Prüfung abgeschlossen. Der/Die Datenschutzbeauftragte ist unabhängig vom Praxisinhaber zu bestellen.

## Schwerpunkte

- Datenschutzrecht und Betroffenenrechte
- Schweigepflicht von Berufsgeheimnisträgern, Gewährleistung der Diskretion
- Aufgaben, Funktion und Benennung des Datenschutzbeauftragten
- Auftragsverarbeitung und IT-Sicherheit
- Datenweitergabe und -übermittlung, Dokumentationspflichten
- Auskünfte gegenüber Dritten, Informationspflichten

## Referenten:

**Zielgruppe:** Praxisinhaber\*innen und Praxismitarbeiter\*innen

**Teilnehmeranzahl:** 20

**Seminartermin:** Montag, 19. August 2019, 11 bis 17 Uhr  
Dienstag, 20. August 2019, 9 bis 17 Uhr  
Mittwoch, 21. August 2019, 9 bis 17 Uhr  
Donnerstag, 22. August 2019, 9 bis 13 Uhr

**Seminarort:** KVN Bezirksstelle Verden Am Allerufer 7 27283 Verden

## Fortbildungspunkte:

**Teilnehmergebühr:** 390 Euro pro Person inklusive Verpflegung und Unterlagen

**Anmeldung:** Monika Kattner  
KVN Bezirksstelle Verden

**Straße Hausnr.** Am Allerufer 7

**PLZ Ort** 27283 Verden

**Telefon** 04231 975-209

**Telefax** 0511 380-4667

**E-Mail** monika.kattner@kvn.de

## Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

---

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

---

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

**Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.**