

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name: **Vorname:** **Geb:**.....

Straße, Nr.: **PLZ:**..... **Ort:**

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem am 25.05.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Claudia Thalmann

Adresse: Große Straße 128, 21075 Hamburg

Telefon: 040 79140063

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Name: Prof. Dr. Johannes Caspar, Anschrift: Klosterwall 6, 20095 Hamburg

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und meiner Praxis und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

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

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. an die Krankenkasse), wenn Sie eingewilligt haben.

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für die Rechnungsstellung und Buchhaltung notwendigen Erhebung, Speicherung und Übermittlung der folgenden persönlichen Daten an das Steuerbüro Herr Henning Müller, Beutnerring 13, 21077 Hamburg einverstanden:

Name, Adresse, Datum der Behandlung/Beratung, Abrechnungsziffer, Diagnose und Rechnungsbetrag.

Auf Anfrage des Finanzamtes werden o.a. Daten auch diesem vorgelegt.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung

erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Hiermit geben Sie Ihr Einverständnis für Terminabsprachen und Rechnungslegung per Telefon, Email, Fax, oder per Post kontaktiert zu werden.

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, zusätzlich Informationen zugesendet zu bekommen (z.B. Hintergrundinformationen zu Therapiekonzepten u.ä., Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Fachveranstaltungen, u.ä.) zu erhalten.

ja nein per E-Mail, Telefon, Fax und per Post , (nicht Gewünschtes bitte streichen)

7. 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 des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-behörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

.....

Ort, Datum.....

Unterschrift Patient