

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung in meiner Praxis

Name:

Geb.am:

Anschrift:

.....
In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliege ich als Therapeutin einer strengen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. Nach dem am 25.5.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Daten erhebe, speichere oder weiterleite. 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

a) Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Kerstin Löwenstein, Praxisname und Adresse: siehe Briefkopf. Außerdem habe ich Herrn Miguel Fußholler, Firma Beberast, für den IT-Service beauftragt. In IT-Notfällen könnte dieser Zugriff auf personenbezogene Daten erhalten.

b) In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, Fax: 0211/38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Kontaktdaten: https://www.ldi.nrw.de/metanavi_Kontakt/index.php

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir 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

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. Steuerberater, Finanzamt), wenn Sie schriftlich eingewilligt haben.

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. Ihre Daten werden von mir teilweise handschriftlich in Ihrer Patientenakte und teilweise per PC-Dokument gespeichert. Ich Sorge für die entsprechende Datensicherheit nach den gesetzlichen Vorgaben.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

Praxis für Körperpsychotherapie, Yoga und Gesundheitstraining, Kerstin Löwenstein

Reichenberger Straße 38, 53604 Bad Honnef, Tel. 02224/986730

k.loewenstein@yoga-psychotherapie.de

<https://yoga-psychotherapie.de>

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 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

a) Schweigepflichtentbindung gegenüber Steuerbüro und Finanzamt sowie IT-Service

Meine Rechnungen und Ihre Zahlungen werden zur steuerlichen Abrechnung mit dem Finanzamt von einem Steuerberatungsbüro bearbeitet. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass die zur Bearbeitung notwendigen Daten in jedem Fall an das Steuerberatungsbüro Barbara Lenze-Rieck und im Falle einer Steuerprüfung an das Finanzamt weitergeleitet werden. Außerdem habe ich Miguel Fußholler für den IT-Service beauftragt. In Notfällen könnte dieser Zugriff auf personenbezogene Daten benötigen.

(Bitte ankreuzen) Ich bin damit einverstanden, dass die in der Rechnung/Quittung/Überweisung vorkommenden Angaben an das Steuerberatungsbüro – und im Falle einer Steuerprüfung – auch an das Finanzamt weitergeleitet werden. Außerdem willige ich ein, dass der IT-Service Miguel Fußholler in Notfällen Zugriff auf bestimmte personenbezogenen Daten bekommt.

b) E-Mail-Verkehr

Ich weise ich Sie darauf hin, dass es mir beim E-Mail-Verkehr nicht möglich ist, für die vollständige Datensicherheit zu garantieren.

(Bitte ankreuzen, falls gewünscht) Hiermit erkläre ich mich bereit, kurze Mitteilungen per E-Mail vorzunehmen, selbst wenn diese nicht auf verschlüsseltm Wege erfolgt.

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 benötige ich 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/der für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1b 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 mich wenden.

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen. Ich willige in die oben beschriebene Form der Datenverarbeitung ein.

(Ort, Datum)

.....
Unterschrift Patient