

Datenschutzinformation

und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Klient / Klientin _____
Vorname und Name

geboren am _____
Geburtsdatum

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliege ich einer strengen Schweigepflicht. Nach dem am 25.05.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt und speichert. 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:

Anke Meissner
Grafenberger Allee 145
40237 Düsseldorf
Tel: 0211 390 48 44
E-Mail: kontakt@anke-meissner.de

In Nordrhein-Westfalen ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
Tel: 0211 38424-0
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen und Befunde, Therapievorschlüsse, Therapieverläufe, 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 übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie dazu eingewilligt haben.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahr 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 Einwilligungserklärung

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ebenfalls damit einverstanden, per E-Mail oder auf anderem Wege Patienteninformationen (z.B. Termine oder Rechnungen) zugesandt zu bekommen.

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.

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 meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie oben Punkt 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 mich wenden.

Ort und Datum

Unterschrift Klient / Klientin