

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name:

Geburtsdatum:

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Elisabeth Helmdach

In Bayern ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:
Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Bayern, Wagnmüllerstr. 18, 80538 München

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Adresse, Geburtsdatum, Email, Telefonnummer, Anamnese, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich erhebe.

Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Therapeutenbriefen). Dies ist allerdings nur möglich, wenn Sie diese ausdrücklich personen- und zweckgebunden von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

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

Im Weiteren werden personenbezogene Daten zur Rechnungsstellung, zur Terminplanung und Terminvereinbarung erhoben, gespeichert und verarbeitet.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie ausdrücklich eingewilligt haben. Von Ihrer ausdrücklichen Einwilligung ausgenommen sind hierbei Adress- und Rechnungsdaten, insoweit diese für ein gerichtliches Mahnverfahren wg. Zahlungsverzuges notwendig sind.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Nach rechtlichen Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen 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

Einwilligung zur Kontaktaufnahme zur z.B. Terminierung oder Rückfragen:

- per Telefon

Ja

Nein

- per Email

Ja

Nein

Diese Kontaktaufnahme dient lediglich der Erfüllung des Behandlungsvertrages und zu keinem Zeitpunkt zu Werbezwecken. Auch hier können Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

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 Offenlegung Ihrer gespeicherten und verarbeiteten Daten.

Die Verarbeitung Ihrer Daten in elektronischer Form 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.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2h) EU-DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1b) BDSG.

Ort, Datum

Unterschrift Patient