

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Der Information können Sie entnehmen, welche Daten erhoben werden und warum sowie welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

Name:

Anschrift:

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung/ Beratung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben:

- Anschrift, Telefonnummer, ggf. Krankenkasse
- Anamnese: Daten etwa zu Beschwerden, Lebensgewohnheiten, früheren Erkrankungen, bisherige Lösungsversuche, familiäre Gegebenheiten
- Therapieverlauf: Eckdaten des Gesprächs, Interventionen
- Ja nach dem: Diagnose, Therapieansätze, Befunde

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir als Heilpraktiker Psychotherapie und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Carolin Winkler, Heilpraktikerin für Psychotherapie
Tizianstr. 27; 83026 Rosenheim – Telefon: 0179 5443337

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre 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.

WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten), wenn Sie eingewilligt haben.

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.

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.

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Name : Prof. Dr. Thomas Petri
Anschrift: Wagnmüllerstraße 18, 80538 München I Postfach 22 12 19, 80502 München
Telefon: 089 212672 – 0 Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

Einverständnis per **WhatsApp** zu kommunizieren

Ja Nein Terminabsprachen

Einverständnis **per E-Mail** zu kommunizieren:

E Mail Adresse:.....

Ja Nein Terminabsprachen

Ja Nein Rechnung im Anhang übermitteln

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, Datum)

.....
Unterschrift Patient