

Datenschutz- und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name des Patienten/der Patientin:

Anschrift:

Geburtsdatum:

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Oksana Köllmann
Rottweiler Str. 3
70563 Stuttgart

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail, Telefonnummer, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe.

Zu diesen Zwecken können mir auch andere Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zu 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 eventuell benötigten 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. Die Übermittlung erfolgt hierbei je nach Bedarf an medizinische Labore oder Apotheken.

Von Ihrer ausdrücklichen Einwilligung ausgenommen sind hierbei Adress- und Rechnungsdaten, insoweit diese für ein gerichtliches Mahnverfahren wegen 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 E-Mail ☐ Ja ☐ Nein

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

Zustimmung zur Zusendung von Abrechnungen via E-Mail (Optional)

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir die Rechnungen für die Behandlungen als PDF-Anhang in unverschlüsselten E-Mails an die unten angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden. Mir ist bewusst, dass diese Rechnung möglicherweise Gesundheitsinformationen (beispielsweise Diagnosen, Behandlungsdaten) enthält.

E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand: _____

Hinweise: Bitte beachten Sie, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail Sicherheitsrisiken birgt. Ein vollständiger Schutz vor dem Zugriff Dritter ist nicht gewährleistet. Sollten Sie eine verschlüsselte E-Mail-Kommunikation bevorzugen, lassen Sie mich das bitte wissen. Die gegebene Zustimmung kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden. Der Widerruf beeinflusst nicht die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die auf der Zustimmung vor dem Widerruf basierte. Nach einem Widerruf werden künftige Abrechnungen postalisch verschickt.

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 zu.

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 des Patienten/der Patientin)