

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

In meiner Praxis werden während unserer Zusammenarbeit / Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliege ich in meiner Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung und -speicherung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Praxis Barbara Peddinghaus
Adresse: Hochstr. 48, 60313 Frankfurt am Main
Telefon: 069/26497145

In unserem Bundesland ist der in allen Datenschutzangelegenheiten zuständige Ansprechpartner:

Name: Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch
Anschrift: Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
Kontaktdaten: Telefon: 06 11/140 80; E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsauftrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu erhebe und verarbeite ich personenbezogene Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen auch persönliche Informationen, Anamnesen, Diagnosen, Behandlungs- und Therapievorschläge sowie Befunde, die ich oder andere Heilpraktiker erheben. 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 diesen Daten und Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für unsere Zusammenarbeit bzw. Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann unsere Zusammenarbeit bzw. eine sorgfältige Behandlung meinerseits nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich ubermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. einen Arzt), wenn Sie 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 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für unsere Zusammenarbeit bzw. Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung Ihrer 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 / Zusammenarbeit nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

- Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen (z.B. Anamnesebögen, Terminbestätigungen, Rechnungen, Hausaufgaben, Übungen, Audios, Anmeldungen und/oder Informationen);
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen (bei denen beispielsweise der Heilpraktiker Referent ist) zu erhalten.);
- Einverständnis für die Nutzung eines gemeinsamen Terminkalenders der Praxisgemeinschaft Peddinghaus und Perlova GbR;
- Einverständnis für die Offenlegung der ausgestellten Rechnungen an das Finanzamt und den Steuerberater;
- Einverständnis, dass Teile der Zusammenarbeit bzw. Ihrer Behandlung/Therapie telefonisch oder im Online-Raum stattfinden;
- Einverständnis, dass Teile der Zusammenarbeit bzw. Ihrer Behandlung/Therapie in Einzelgesprächen und/oder Gruppensettings ggfs. in Form von Ton- und/oder Bildaufnahmen zum Zwecke der Qualitätssicherung sowie Vor- und Nachbereitung aufgezeichnet und gespeichert werden. Die Aufnahmen werden wenn überhaupt nur Personen gezeigt, die der Schweigepflicht unterliegen, in die Behandlung/Therapie miteinbezogen sind und keine vertraulichen Informationen weitergeben. Es ist bekannt, dass Sie Ihr Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser Daten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Allerdings gehen dabei auch ggf. die mit der Aufzeichnung von Bild und Tonaufnahmen verbundenen Vorteile der Zusammenarbeit bzw. Behandlung verloren.

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 für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-behörde können Sie oben Nr. 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.