

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung gemäß DS-GVO in die Datenverarbeitung

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

PLZ, Wohnort _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:	Dr. med. Christian Kiefer
Praxisname:	Praxis für Alternativmedizin
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	Oberstaat 6
Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail):	info@alternativmedizin-drkiefer.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme und Kommunikation sowie zur Rechnungsstellung.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung und zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht sowie zur Abwehr von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern.

Zu den Gesundheitsdaten zählen beispielsweise Anamnese, Diagnose, Befund, Therapievorschlag, Dokumentation in der Patientenakte (z.B. Vorerkrankungen, Medikation).

Zu den personenbezogenen Daten zählen: Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Angaben zum Leistungsträger, E-Mail, Telefonnummern

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Die Übermittlung personenbezogener Daten an Dritte erfolgt ausschließlich mit Ihrer schriftlichen Einwilligung bzw. wenn eine gesetzliche Melde- oder Offenbarungspflicht besteht.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die Aufbewahrung Ihrer Daten erfolgt bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist. Nach § 630 f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch beträgt die Aufbewahrungsfrist für die Patientenakte mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

5. Weitere Einverständnisse

Hiermit erteile ich darüber hinaus das

- Einverständnis zur Kommunikation per E-Mail und per Telefon
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen (bei denen beispielsweise der Arzt Referent ist) zu erhalten

6. Betroffenenrechte

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail oder postalisch an mich übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Außerdem haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW

Anschrift: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach §630 Abs.1 BGB) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

Ort, Datum) _____ (Unterschrift Patient/in) _____