



Datenschutzinformation und Erklärung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

Name: _____ Geb.Datum: _____

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in der Praxis einer strengen Schweigepflicht. Durch die EU-Datenschutz-Grundverordnung und das 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 erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Heilpraxis für Psychotherapie, Sabine Herrmann-Ikram, Heilpraktikerin für Psychotherapie

Adresse: Moltke Straße 1 · 45657 Recklinghausen · Telefon: 02361 93 91 309 · Fax: 02361 939 27 59

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf. Tel.: 0211/38424-0. Fax: 0211/38424-10

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns 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 Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. Ihren Hausarzt), 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 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 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sie erklären Sich einverstanden, folgende Informationen über Telefon und/oder per E-Mail zu erhalten:

- Terminvereinbarungen
- therapierelevante Informationen
- Diagnosen
- Fragebögen
- Praxiseinladungen
- allgemeine Patienteninformationen

7. BERATUNGEN PER RED-VIDEOSPRECHSTUNDE

Sofern Sie zu Folgegesprächen nicht persönlich in meine Praxis kommen können, ist es möglich, eine Sitzung auch per Videosprechstunde durchzuführen. Dabei handelt es sich um eine vollkommen sichere Datenverbindung auf der Basis einer Software, die speziell für Heilberufe und andere Berufsgruppen entwickelt wurde, deren Datenstrom zu 100 Prozent gesichert sein muss.

Um an der Sitzung teilzunehmen, **benötigen Sie keine App oder eigene Software.**

- Um die RED connect Videosprechstunde auf dem Tablet-Computer zu nutzen,
 - muss er mit dem Internet verbunden sein, z.B. über WLAN. Wenn Sie nicht über WLAN verbunden sind, beachten Sie bitte, dass die Videosprechstunde Ihr Datenvolumen beeinträchtigt.
 - muss ein kompatibler aktueller Webbrowser installiert sein (z.B. Chrome, Firefox oder Safari)
- Um die RED connect Videosprechstunde auf dem Mobiltelefon zu nutzen,
 - muss es mit dem Internet verbunden sein, z.B. über WLAN. Wenn Sie nicht über WLAN verbunden sind, beachten Sie bitte, dass die Videosprechstunde Ihr Datenvolumen beeinträchtigt
 - muss es über eine Kamera verfügen
 - muss ein kompatibler aktueller Webbrowser installiert sein (z.B. Chrome, Firefox oder Safari)

Sie erhalten im Anschluss eine Rechnung, die Sie per Überweisung begleichen. Über die Kosten können Sie sich unter www.hypnose-re.de/Honorar informieren.

Sie können hier im Vorfeld Ihre Zustimmung geben, damit im Fall dass es erforderlich sein sollte, eine RED connect Videosprechstunde durchgeführt werden kann.

- Der Durchführung von RED connect Videosprechstunden stimme ich zu.

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 unsere 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 uns wenden.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein in die elektronische Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten.

Ort, Datum : _____

Unterschrift Patient*in/Klient*in