

# **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

**Name:** ..... **geb. am:** .....

**Anschrift:** .....

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere 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:

**Naturheilpraxis Claudia Komm**

Kirchbachweg 10, 79295 Sulzburg

Telefon: 07634 592645

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

**Dr. Stefan Brink**

Postfach 10 29 32

70025 Stuttgart

oder:

Königstraße 10a

70173 Stuttgart

Telefon: 07 11/61 55 41-0

Telefax: 07 11/61 55 41-15

E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)

Homepage: <http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir 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**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren 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.

## **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 PRAXISBEZOGENE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

- Über das Honorar, Abrechnungsverfahren und die AGB der Praxis wurde ich vor der Behandlung aufgeklärt (siehe Anhang)
- Ich bin privat versichert / bzw. Zusatzversicherung und kann Heilpraktikerleistungen einreichen. Das Honorar überweise ich nach Rechnungsstellung (1x monatlich)
- Ich bin Privatzahler und bezahle bar gegen Quittung/ wünsche zusätzlich Rechnung
- ja, ich möchte Benachrichtigungen (zB Befunde, Laborergebnisse) per email an mich
- ja, ich möchte Veranstaltungshinweise der Praxis (zB. Vorträge, Kurse) per email

### **Bei Schmerztherapie nach Liebscher&Bracht:**

- Die „L&B Informationen für Patienten“ habe ich erhalten und gelesen.
- Ich bin mit Fotografien zur Dokumentation einverstanden.
- Ich wurde informiert, daß für einen nachhaltigen Behandlungserfolg mind. 3-5 Behandlungstermine notwendig sind, und daß die regelmäßige Durchführung der Übungen und das Faszienrollen nach Verordnung elementar wichtig ist. Ich bin entschlossen, meinen aktiven Beitrag zum Behandlungserfolg zu leisten, und diese Bedingungen zu erfüllen.

## 7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

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.

(Ort, Datum) .....

.....

Unterschrift Patient

**eine Kopie dieser Erklärung habe ich in Papierform erhalten**

**wünsche ich per email**

### **Anhang: Abrechnungshinweise und AGB:**

- 1.) Für meine heilpraktische Dienstleistung gilt das Honorar von 25€ für jede angefangene Viertelstunde. Ein Erstbesuch (mit Anamnese) dauert in der Regel 1,5 h, nachfolgende Behandlungen dauern zwischen 30 - 60 Min.
- 2.) Die privaten Kassen und Zusatzversicherungen bezahlen nicht immer alle Heilpraktikerleistungen! Unabhängig davon, wieviel Sie später von ihrer Kasse erstattet bekommen, ist mein Honorar in jedem Fall von Ihnen vorab zu begleichen. Sie können Heilpraktikerleistungen ggf. auch steuerlich geltend machen als aussergewöhnliche Belastungen.
- 3.) Sollten Sie einen reservierten Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitte ich um eine telefonische Absage spätestens 24h vor dem Termin, da ich Ihnen sonst eine Therapiestunde berechnen darf.