

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

**Name:** .....

**(Nähere Angaben zur eindeutigen Identifizierung, z. B. Geburtsdatum oder  
Anschrift)**

.....

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten in meiner Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir/ 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: Conny Müller-Gerlach

Praxisname: Heilpraktikerin für Psychotherapie

Adresse: Heidelberger Straße 41; 64285 Darmstadt

Telefon: 06151/ 368 4303

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

**Name:** Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch

**Anschrift:** Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

Kontakt Daten: E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

Homepage: <http://www.datenschutz.hessen.de>

Telefon: 06 11/140 80

Telefax: 06 11/14 08-900

## **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 verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und 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 oder waren, 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 übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. einen mitbehandelnden Arzt und/oder Therapeuten und/oder eine Klinik u.ä.), 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 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 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN**

- Einverständnis mit „Recall“ zu Gesundheitsuntersuchungen usw.
- Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen
- Einverständnis, Ihre persönlichen, teilweise sensiblen Daten, die Sie mir per E-Mail zugesandt haben und/oder in Zukunft zusenden werden, zu speichern sowie auszudrucken und in Ihrer Patientenakte zu verwahren
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen (bei denen beispielsweise der Heilpraktiker Referent ist) zu erhalten.

#### **7. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten (abgesehen von schriftlichen Ausführungen/Notizen meinerseits, die des therapeutischen Prozesses bedürfen, wie z.B. der Erfassung meines Eindrucks der

innerpsychischen Dynamik sowie Überlegungen für das weitere Procedere, Hypothesen u.ä.). 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/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

## **8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

(Ort, Datum) .....

.....

Unterschrift Patient