DATENSCHUTZ

Patienteninformation
gem. der Datenschutzverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) 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 in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit der Datenverarbeitung
Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Maria Hirschbeck
Praxisname: HP- Hirschbeck in der Naturheilpraxis Sonja von Berg
Adresse: Martensweg 1, 22083 Hamburg
Kontaktdaten: mail@hp-hirschbeck.de

Ein ständiger Datenschutzbeauftragter bzw. Vertreter ist in der Praxis nicht vorhanden.

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 (u.a. vollständiger Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten), insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten
Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker, Ärzte, Physiotherapeuten) und Krankenkassen sein.

4. Speicherung Ihrer Daten
Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben des Patientenrechtegesetz bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f) BGB). Rechnungen halte ich nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor.

5. Ihre Rechte
Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:
So können Sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/ Sperrung haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.
Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).

Patienteninformation
gem. der Datenschutzverordnung (DS-GVO)

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungsformular entnehmen.
Schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DG-GVO verstößt.

6. Bereitstellung Ihrer Daten
Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werde ich in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

7. Rechtliche Grundlagen
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind der Behandlungsvertrag zwischen dem Heilpraktiker und dem Patient; Art. 6 Abs. 1b), Art. 9 Abs. 2f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO; § 22 Abs.1 Nr. 1b) BDSG und die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

Ort, Datum **Unterschrift Patient**

DATENSCHUTZ

Patienteninformation
gem. der Datenschutzverordnung (DS-GVO)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
Hiermit erteile ich

Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Maria Hirschbeck in der Naturheilpraxis Sonja von Berg, Martensweg 1, 22083 Hamburg

Hiermit bestätige ich Folgendes:

→ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

→ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

→ Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

→ Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.

→ Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung
Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Abgaben von Gründen widerrufen werden. Die Regelmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.
Der Widerruf ist zu richten an:
Maria Hirschbeck (Naturheilpraxis Sonja von Berg) , Martensweg 1, 22083 Hamburg

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Patient**