

## Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Vor-/Nachname .....

geboren am .....

wohnhaft in .....

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. HeilpraktikerInnen für Psychotherapie und deren MitarbeiterInnen unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht. Nach dem am 25.05.2018 in Kraft getretenen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO] und Bundesdatenschutzgesetz [BDSG]) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Für die Datenerhebung ist Ihre ausdrückliche Zustimmung erforderlich.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Moon Stegk, Heilpraktikerin für Psychotherapie

Praxisname: Praxis für Gestalttherapie & Traumatherapie

Adresse: Hüxtertorallee 2 B, 23564 Lübeck

Telefon: 0451 – 121 45 100

In unserem Bundesland ist allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Name: Marit Hansen

Aufsichtsbehörde: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein

Kontakt Daten: Holstenstraße 98, 24103 Kiel, Telefon 0431 – 988-1200

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnostik, Therapieansätze und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken

können mir auch andere BehandlerInnen (HeilpraktikerInnen, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen), zuständige Ämter und Behörden (Gesundheits-, Versorgungsämter, etc.) sowie andere Angehörige des HelferInnenteams (BetreuerInnen, BeraterInnen, etc.), bei denen Sie in Behandlung, Betreuung oder Beratung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von der Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. WEITERGABE IHRER DATEN

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z.B. eine MitbehandlerIn oder eine Klinik), 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

Grundsätzlich werden personenbezogene Daten (Befundberichte, Schweigepflichtentbindung, etc.) auf dem Postwege versandt bzw. in meiner Praxis persönlich ausgehändigt. In begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei besonderer Dringlichkeit) kann eine Übermittlung personenbezogener Daten oder Patienteninformationen per Email erforderlich sein. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich in diesen Fällen ausdrücklich mit dem elektronischen Versand persönlicher Daten einverstanden.

### 7. IHRE RECHTE

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

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragung 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 Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift des für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben unter Nr. 1 entnehmen.

## 8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs.2 lit. H) DS-GVO in Verbindung mit §22 Abs.1 Nr.1 lit. B) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

Ort .....

Datum .....

Unterschrift .....