

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung gemäß DS-GVO in die Datenverarbeitung**

Vor- und Nachname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

PLZ, Wohnort .....

In meiner Praxis werden zum Zweck Ihrer Behandlung personenbezogene Daten im Rahmen des Behandlungsvertrages, sowie gesundheitsbezogene Daten erhoben. Nach dem in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck Ihre Daten erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### **VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Naturheilpraxis IASIS

Angelos Chatzimeletis

Hauptstr. 94

51491 Overath

+4915206918744

[kontakt@naturheilpraxis-iasis.de](mailto:kontakt@naturheilpraxis-iasis.de)

## **ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme und Kommunikation sowie zur Rechnungsstellung. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung und zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht sowie zur Abwehr von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern.

Zu den Gesundheitsdaten zählen: Anamnese, Diagnose, Befund, Therapievorschlag, Dokumentation in der Patientenakte (z.B. Vorerkrankungen, Medikation).

Zu den personenbezogenen Daten zählen: Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Angaben zum Leistungsträger, E-Mail, Telefonnummern)

## **WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Die Übermittlung personenbezogener Daten an Dritte erfolgt ausschließlich mit Ihrer schriftlichen Einwilligung bzw. wenn eine gesetzliche Melde- oder Offenbarungspflicht besteht.

## **SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Die Aufbewahrung Ihrer Daten erfolgt bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist. Nach § 630 f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch beträgt die Aufbewahrungsfrist für die Patientenakte mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

## **Weitere Einverständnisse**

- Einverständnis zur Kommunikation per E-Mail (ausschließlich mit End-zu-End-Verschlüsselung), Telefon und SMS. Kein Kontakt über threema, whatsapp, facebook etc.
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen (bei denen beispielsweise der Heilpraktiker Referent ist) zu erhalten.

## **Betroffenenrechte**

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail, oder postalisch an mich übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Außerdem haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

### **Einwilligungserklärung**

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach §630 Abs.1 BGB) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Patient/in)