



Einwilligung zur Nutzung Ihrer Kontaktdaten und der E Mail-Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

Um eine reibungslose Organisation der therapeutischen Maßnahmen sowie die Klärung von Zuzahlungen zu gewährleisten, ist diese Einwilligung Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung.

Zur Erleichterung der Kommunikation im Rahmen der Behandlung Ihrer zu betreuenden Person bitten wir Sie um Ihre Zustimmung zur Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse und Ihrer Kontaktdaten. Diese werden ausschließlich verwendet, um Sie zu informieren, oder bei organisatorischen Fragen oder Rückmeldungen im Zusammenhang der Betreuung während des Therapieprozesses zu kontaktieren.

Wichtige Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten

1. Zweck der Verarbeitung:

Ihre E-Mail-Adresse wird ausschließlich verwendet, um Sie zu kontaktieren, wenn es um organisatorische oder medizinische Belange im Zusammenhang mit der Betreuung der Pflegeperson geht.

2. Rechtsgrundlage:

Die Verarbeitung Ihrer E-Mail-Adresse erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

3. Speicherdauer:

Ihre E-Mail-Adresse wird nur so lange gespeichert, wie dies für die Betreuung der Pflegeperson erforderlich ist. Nach Abschluss der Betreuung oder bei Widerruf Ihrer Einwilligung wird Ihre E-Mail-Adresse gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

4. Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, indem Sie uns kontaktieren. Ferner haben Sie das Recht auf Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten, sofern keine gesetzlichen Verpflichtungen zur Speicherung bestehen.

5. Weitergabe und Sicherheit

Ihre E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben und unterliegt unseren technischen und organisatorischen Datenschutzmaßnahmen, die die Sicherheit Ihrer Daten gewährleisten.

Bitte füllen Sie die nachstehende Einwilligungserklärung aus und geben Sie diese unterschrieben zurück.

Einwilligungserklärung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung, dass meine E-Mail-Adresse vom Therapiezentrum Das Viavitalum für die Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Betreuung der Pflegeperson verwendet werden darf.

- Ich wurde über den Zweck der Verarbeitung, die Speicherdauer und meine Rechte informiert.
- Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Vorname: _____ **Nachname:** _____

E-Mail-Adresse: _____ **Telefon/Handy:** _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____



Datenschutzerklärung/ Hinweise zur Datenverarbeitung und Einwilligungserklärung

Patientenbezogene Daten wurden ausgefüllt von ☐ **Bewohner Selbst** ☐ **Betreuer:in/ Angehörigen**

Vor-/Nachname: _____ **Str.:** _____

Ort/PLZ: _____ **Geb. Datum:** _____

Sehr geehrter Patientin,

Im Zuge unserer Tätigkeit im Therapiezentrum und im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versichertenstatus und Ihrem Gesundheitszustand. Der Schutz ihre Daten ist uns sehr wichtig deshalb werden diese mit größtmöglicher Sorgfalt verwaltet und gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken wir Ihre Daten verwenden und wie diese verarbeitet werden.

§ 1 - Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

In unserer Praxis ist der Praxis Inhaber Ralph Ackermann für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

§ 2 - Wer ist in unserer Praxis als Datenschutzbeauftragter bestellt

Da die Haupttätigkeit in unserem Therapiezentrum in der Behandlung von Patienten und nicht in der umfangreichen Datenverarbeitung steht, ist nach DSGVO Art. 37 und Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) §38 die Benennung eines DSB momentan nicht erforderlich.

§ 3 - Welche personenbezogenen Daten erheben wir

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E- Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

§ 4 - Wer hat ggf Einsicht oder erhält ggf. ihre personenbezogenen Daten übermittelt

Im Zuge der Durchführung von Heilbehandlungen und zur Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt die Weiterleitung bzw. Einsicht Ihrer Daten ggf. an folgende Stellen: 1. BFS Abrechnungs GmbH

2. Gesetzliche Krankenkassen

3. Hausärzt*innen, mit- und weiterbehandelnde Ärzt*innen und Therapeut*innen,

4. Steuerkanzlei,

und im Rahmen der Softwarepflege und Wartung

5. MEDIFOX DAN GmbH

6. IT-Beauftragter Josef Fleischmann

§ 5 - Zweck der Verarbeitung

Zur effizienten Terminvergabe und um Sie im Rahmen der medizinisch verordneten Versorgungsnotwendigkeit bzw. eines privaten Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise Ihnen als Privatpatient abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung eines Behandlungsvertrages bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der betroffenen Person erfolgen (Art. 6 Abs. 1 lit. b. DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichtungen (Art. 6 Abs.1 lit. c. DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art.6 Abs.1 lit. f. DSGVO).

§ 6 - Dauer der Aufbewahrung

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. In besonderen Fällen kann die Aufbewahrung bis zu 30 Jahre betragen.

§ 7 - Rechte der Betroffenen im Zusammenhang mit dem Datenschutz

Sie haben folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung (nicht bei Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung)
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit, wenn die Verarbeitung auf eine Einwilligung und mithilfe eines automatisierten Verfahrens erfolgt

§ 8 - Nutzung von Apple HomePod

Der Apple HomePod ist ein sprachgesteuertes Assistenzgerät, das in unseren Räumlichkeiten aktiv ist. Er kann Sprachbefehle aufzeichnen und an Apple übermitteln. Mit der Nutzung unserer Räumlichkeiten akzeptiert Sie diese Nutzung.

§ 9 - Nutzung von WhatsApp und E-Mail

Wir nutzen WhatsApp und E-Mail zu Kommunikation mit unserem Patient*innen. Beide Kommunikationsmittel sind nicht vollständig unter unsere Kontrolle. Sensible medizinische Daten sollten daher nicht über diese Kanäle übermittelt werden.

§ 10 - Widerrufsrecht der Einwilligung

Sie können Ihre Zustimmung zur Datenverarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Beachten Sie jedoch, dass wir im Falle eines Widerrufs gesetzlich nicht mehr zur Fortsetzung der Behandlung verpflichtet sind.

Falls Sie der Ansicht sind, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet werden, haben sie das Recht, Beschwerde zuständigen Datenschutzbehörde einzureichen.

Ich bin umfassend über die Zweckmäßigkeit der Datenverarbeitung in der Praxis aufgeklärt worden und willige in die Verarbeitung ein.

Des Weiteren bin ich mit den gültigen AGBs der Praxis einverstanden und stimme auch diesen mit meiner Unterschrift zu:

ORT / DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____