

## **Beiblatt zum Behandlungsvertrag: Patienteninformation – Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie **im Bereich des Datenschutzes** haben.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist:

Heilpraktikerin  
Inge Förster  
Marktoberdorfer Str. 5  
87674 Ruderatshofen  
Tel 0151 2952 4729  
info@heilpraxis-foerster.de

Zuständiger Datenschutzbeauftragter ist:

Inge Förster

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a der **Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker **und die damit verbundenen Pflichten** zu erfüllen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/Heilpraktiker usw.) erheben bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns 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 erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis nicht erfolgen.

### **3. Datenempfänger**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/Ärzte/Psychotherapeuten/Physiotherapeuten, Krankenversicherungen und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen **oder/und zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen**. Im Einzelfall kann die Übermittlung von

Daten an weitere berechtigte Empfänger erfolgen.

#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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 benötigen wir 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 Kontaktdaten der zuständigen Datenschutzbehörden lauten:

Postfach 22 12 19, 80502 München  
Wagmüllerstr. 18, 80538 München (Bitte nur nach vorheriger Terminabsprache)  
Tel. 089 212672-0  
Fax 089 212672-50  
[poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

#### 6. Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Ihre Heilpraktikerin  
Inge Förster

Ich (Vorname, Nachname) .....  
bin damit einverstanden, dass durch die Naturheilpraxis Inge Förster meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:  
zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und ggf. Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, den Steuerberater und/oder die Abrechnungsfirma weitergeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur therapeutischen Dokumentation, zur Steuerprüfung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf an o.g. Adresse zu richten.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift