

**Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung**

**in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO**

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

**Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Während der Therapiesitzungen werden personenbezogene vertrauliche Daten erhoben.

Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

**Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Frau Claudia Paschke

In unserem Bundesland ist in allen Datenangelegenheiten Ansprechpartner:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

Tel. 0211 / 38424-0

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

**Zweck der Datenverarbeitung**

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen und vertraulichen Daten, insbesondere Name, Anschrift,Telefonnummer, Bankdaten und alle Informationen, die ich im Rahmen meiner Beratungen und Begleitungen erhalte, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich. Sie werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. B DSGVO erhoben. Die Erhebung dieser Daten erfolgt, um Sie als Vertragspartner identifizieren zu können, zur Korrespondenz mit Ihnen, zur Rechtsstellung, um Sie angemessen beraten und therapieren zu können und zur Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie.

**Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie schriftlich eingewilligt haben.

**Speicherung Ihrer Daten**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Beratung und Therapie erforderlich ist.

**Einwilligung für die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, so streichen Sie diese Felder bitte durch.

Ich willige ein, dass mir Frau Claudia Paschke postalisch und / oder auf elektronischem Wege

(E-mail / Telefon / Fax / SMS) nachfolgende Informationen und Unterlagen übersendet:

* + Terminhinweise und Terminbestätigungen
	+ Auftragsspezifische Dokumente (Rechnungen, Richtlinien etc.)
	+ für mich und meinen Protess relevantes Infomaterial
	+ Sonstiges

**Ihre Rechte**

Auskunftserteilung:

Gemäß Art. 15 DSGVO haben Sie das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

Berichtigung, Löschung und Sperrung:

Auch können Sie gemäß Art. 17 DSGVO die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung oder Sperrung von Daten zu, ebenfalls das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Widerspruchsrecht:

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 ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Jedoch wirkt ein Widerruf für die Zukunft, da nach den gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung sind weitere Beratungen nicht mehr möglich.

Der Widerruf erfolgt entweder postalisch oder per e-Mail. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Beschwerden:

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 Anschrift des für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten / Aufsichtsbehörde können Sie oben entnehmen.

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Klient /-in