



Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO für Therapie, Hypnose, Beratung und Begleitung

zwischen

Praxis KreativerLEBEN
Claudia Paschke
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Salierring 11
50677 Köln

- nachfolgend Heilpraktikerin genannt -

und

- nachfolgend KlientIn / PatientIn genannt -

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

1. Vereinbarung

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten erhoben.

Für diese Daten unterliege ich einer strengen Schweigepflicht.

Nach dem 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 eventuell weiterleite.

Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

Hiermit erteile ich, _____, Frau Paschke die Genehmigung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zwecke meiner optimalen Betreuung / Behandlung und bestätige folgende Punkte:

- Ich wurde darüber informiert, dass die Erfassung und Verarbeitung meiner Daten zur Gestaltung einer optimalen Betreuung / Behandlung seitens des Anbieters erforderlich ist.

- Ich wurde darüber informiert, dass meine Einwilligung auch die Verarbeitung sensibler, gesundheitsbezogener Daten umfasst, die für die professionelle Betreuung nötig sind.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bewusst, dass ich nicht verpflichtet bin, die Einwilligung zu erteilen, und dass mir durch eine Nicht-Erteilung keinerlei Nachteile entstehen – jedoch dann keine Betreuung / Behandlung erfolgen kann.
- Ich habe alle Informationen rund um den Datenschutz und die Verarbeitung personenbezogener Daten vor der entsprechenden Datenerhebung durch den Anbieter erhalten.

2. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis KreativerLEBEN
Claudia Paschke
Salierring 11
50677 Köln
Telefon: 0179-1313954
E-Mail: kontakt@praxis-kreativerleben.de

3. Verantwortliche Aufsichtsbehörde

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
Telefon: 0211-38424-0
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

4. Zweck der Datenverarbeitung

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen und vertraulichen Daten wie:

Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde und alle Informationen, die ich im Rahmen meiner Therapie oder Beratung und Begleitung erhalte.

Das dient auch dazu, dass ich eventuell anderen Heilpraktikern, Ärzten oder Psychologischen Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen kann (z. B. in Therapeutenbriefen), sofern Sie mich von meiner Schweigepflicht entbinden.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Sie werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. B DSGVO erhoben. Werden die Informationen, die zum Zwecke der Durchführung des entstandenen Vertragsverhältnisses notwendig sind, nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. 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.

5. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie darüber Bescheid wissen und eingewilligt haben. Ohne Ihre Erlaubnis wird nichts herausgegeben, es sei denn, es tritt § 34 StGB in Kraft.

Dieser besagt, dass die Schweigepflicht zur Abwendung einer bevorstehenden Straftat gebrochen werden kann. Dazu gehört auch die Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei suizidalen Patienten.

6. Speicherung Ihrer Daten

Nach rechtlichen Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

7. 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.

8. 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
- Auftragspezifische Dokumente (Rechnungen, Richtlinien etc.)
- für mich und meinen Prozess relevantes Infomaterial
- Einladungen zu Seminaren, Workshops, Infoveranstaltungen, bei denen Frau Paschke mitwirkt oder als Referentin arbeitet
- Sonstiges

9. 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.

10. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

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

11. Widerrufsbelehrung

Die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Unberührt von einem Widerruf bleiben sog. gesetzliche Erlaubnistatbestände. Ein Widerruf kann jedoch nur für die Zukunft wirken und betrifft keine Verarbeitungen, die bereits vor dem Widerruf stattgefunden haben.

Ein Widerruf hat zur Folge, dass eine Fortführung der Betreuung durch mich nicht mehr möglich ist.

Die Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten kann sowohl mündlich als auch schriftlich widerrufen werden. Dieser Widerruf kann gerichtet werden an:

Claudia Paschke
Praxis KreativERLEBEN
Salierring 11
50677 Köln
Telefon: 0179-1313954
E-Mail: kontakt@praxis-kreativerleben.de

Ort, Datum, Unterschrift Heilpraktikerin

Ort, Datum, Unterschrift KlientIn / PatientIn