

Patienteninformation und Einwilligung zum Datenschutz

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Wir weisen an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (z. B. bei der Kommunikation per E-Mail, Kontaktformular Webseite) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

Wir sind verpflichtet Sie darüber zu informieren welche Daten erhoben und zu welchem Zweck sie genutzt werden. Dem Informationsblatt können Sie aber auch entnehmen, welche Rechte Sie bezüglich des Datenschutzes haben.

Verantwortliche Stelle

Praxis für Rolfing und Homöopathie, Vera Ossendorf
An der Bottmühle 1
50678 Köln

Tel. 0152 21943780, E-Mail: post@vo.koeln

Zweck der Datenverarbeitung

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer gesundheitsbezogenen Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht stattfinden und ich kann meinen Verpflichtungen gemäß Behandlungsvertrag nicht nachkommen.

Zu diesem Zweck werden z.B. die folgenden personenbezogene Daten erfasst:
Kontaktdaten, Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapieansätze.

Weiterleitung der Daten

Die Weiterleitung Ihrer gesundheitsbezogenen Daten erfolgen zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung- und findet nur dann statt, wenn dieses gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie einer Weiterleitung personenbezogener Daten an Dritte zugestimmt haben.

Die Daten können sowohl postalisch als auch digital (E-Mail, Fax).

Empfänger personengebundenen Daten können sein:

Buchhaltungs- und Abrechnungsstellen, Steuerberater, Anwaltskanzleien, Krankenkassen
Auftragslabore, Ärzte, Psychotherapeuten.

Speicherung der Daten

Die Speicherung Ihrer Daten erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht der Behandlungsunterlagen beträgt 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

Ihre Rechte

Die Bearbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Sie haben jederzeit das Recht Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten und diese Daten falls erforderlich zu berichtigen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie eine Löschung der Daten beantragen, sowie Einschränkungen bezüglich der Datenverarbeitung und Datenübermittlung festlegen.

Des Weiteren haben Sie das Recht sich bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Kavalleriestr. 2-4, Düsseldorf) zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Datenverarbeitung nicht rechtmäßig erfolgt.

Einwilligung zum Informationsaustausch mit Leistungserbringern

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der weiteren Behandlung und Dokumentation an die folgenden Einrichtungen/Personen weitergeleitet und ggf. von dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

() mein Hausarzt

() mein Facharzt

() mein Psychotherapeuten

() ggf. ein Krankenhausarzt, in Rahmen eines stationären Aufenthaltes

() ggf. eine Apotheke meiner Wahl: _____

() ggf. ein Labor (zum Zwecke der Diagnostik)

() ggf. ein Angehöriger meines Vertrauens: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.
Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift