

# Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name: .....

(Nähere Angaben zur eindeutigen Identifizierung, z. B. Geburtsdatum oder Anschrift)

.....  
.....  
.....

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen Therapeut\_innen, Supervisor\_innen und Mitarbeiter\_innen der Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

## 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

*Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Marie-Louise Redel*

Praxisname: Marie-Louise Redel

Adresse: Grolmanstr. 22 , 10623 Berlin

Telefon: 030- 8521180

Mail: mlredel@gmx.de

Homepage: www.mlredel.de

*In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten*

*Ansprechpartner: Maja Smolczyk*

Friedrichstr. 219, Besuchereingang: Puttkamerstr. 16 – 18, (5. Etage), 10969 Berlin  
Telefon: 030 13889-0 / Telefax: 030 2155050

## **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker / Ihrer Heilpraktikerin / Ihrem Supervisor / Ihrer Supervisorin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die erhoben werden. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Kolleg\_innen (z.B. Arzt\_innen, Psychologische Psychotherapeut\_innen), bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, wenn Sie sie von Ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. In der Supervision ist die Erhebung von berufsbezogenen Daten notwendig, um qualitative Prozessbegleitung zu ermöglichen.

## **3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Ich ubermittele Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn Sie eingewilligt haben.

## **4. Speicherung Ihrer Daten**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Daten aus supervisorischen Prozessen unterliegen keiner Aufbewahrungsfrist.

Steuerrechtliche Nachweise (z.B. von Kontobewegungen / Rechnungen) sind von oben genannten Aussagen ausgenommen.

## **5. Einwilligungserklahrung**

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 Einwilligungserklahrung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

Supervisorische Prozesse können ohne Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erfolgen, wenn lediglich die Daten, die zur Sicherstellung eines Kontraktes notwendig sind (z.B. Kontaktdaten, Bankdaten...), erhoben werden.

## **6. Weitere Einwilligungserklärungen**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, per E-Mail oder auf anderem Wege Informationen zugesendet zu bekommen.

## **7. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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 Anschrift der für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten / Aufsichtsbehörde können Sie oben (Punkt 1) entnehmen.

## **8. 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 / uns wenden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient\_in / Supervisand\_in