

Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß DSGVO

Hiermit stimme ich,

der folgenden Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch **mein Gesundheitsort** zu:

Kategorie und Art der Datenverarbeitung

Folgende personenbezogene Daten werden durch **mein Gesundheitsort** verarbeitet:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer,
Gesundheitsdaten (wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlüsse), Befunde
anderer Heilpraktiker*innen und Ärzt*innen

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch **mein Gesundheitsort** umfasst:
Datenerhebung und Datenspeicherung

Zweck der Datenverarbeitung

Diese Daten werden nur zu folgenden Zweck(en) verarbeitet:

Vertragsdurchführung, Therapieplanung, Arztberichterstattung auf Anfrage, Abrechnung
der Dienstleistungen

Datenvermittlung

Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Du hierzu
ausdrücklich eingewilligt hast. Dritte können andere Leistungserbringende (Heilpraktiker*innen/
Ärzt*innen/ Physiotherapeut*innen usw.), Krankenversicherungen oder auch eine
Verrechnungsstelle sein.

Datensicherheit und Datenspeicherung

Diese Daten werden nur von berechtigten Personen unter Einhaltung einer angemessenen
Datensicherheit bearbeitet. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten
mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Daten werden in
unserem Praxisverwaltungssystem gespeichert.

Schweigepflicht

Wir unterliegen mit allen Informationen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, der
Schweigepflicht. Für die Offenbarung vertraulicher Informationen, auch für den Austausch mit
Kolleg*innen und Ärzt*innen ist eine Schweigepflichtentbindung durch Dich oder Deine gesetzliche
Vertretung erforderlich.

Widerrufsrecht

Du hast das Recht, die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von
Gründen zu widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung werden die Daten unverzüglich
gelöscht insofern dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen und der Widerruf
wirksam ist. Die Wirksamkeit der bis zum Widerruf der Einwilligung getätigten Datenverarbeitung
bleibt unberührt.

Der Widerruf ist an die folgende E-Mail-Adresse zu richten:

info@meingesundheitsort-castrop.de

Weitere Rechte des/der Einwilligenden

Du hast auch das Recht der Löschung, der Sperrung, der Berichtigung und der Übertragbarkeit der Daten, sowie der Auskunft über die Datenverarbeitung. Die Geltendmachung dieser Rechte ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten: **info@meingesundheitsort-castrop.de**

Folgen der Nichtunterzeichnung

Die Datenverarbeitung ist für den Zweck der Vertragsdurchführung notwendig. Die Nichtzustimmung schließt die Dienstleistungen durch **mein Gesundheitsort** aus.

Information über die Terminvereinbarung

mein Gesundheitsort ist eine reine Bestellpraxis. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Dich Termine. Solltest du einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sage diesen bitte mindestens **24 Stunden** vorher ab. Dies kann telefonisch, persönlich oder per E-Mail erfolgen.

Wird der Termin zu spät abgesagt oder unentschuldigt versäumt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich Dich um Verständnis, dass wir Dir die Kosten für diesen Termin als Praxisausfallkosten nach BGB §252 je nach Dienstleistung und Behandlungszeit in Rechnung stellen.

Beachte: die Krankenkassen übernehmen diese Ausfallgebühren nicht. In dringenden Fällen (z.B. plötzliche Erkrankung) gebe uns so früh wie möglich Bescheid- wir finden gemeinsam eine Lösung.

Einwilligung zur Foto- oder Videodokumentation

Im Rahmen einer fachgerechten Therapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Deinem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs sinnvoll, diesen durch Fotos zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv Deinen aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern. Aus diesem Grund werden Foto- oder Videoaufnahmen gemacht, die Deiner elektronischen Patient*innen-Akte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Foto- oder Videodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verändert oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Information zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Einwilligung zur telefonischen Kontaktaufnahme

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich zur Koordination von Terminen telefonisch kontaktiert werde. Ich weiß, dass ich jederzeit diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Einwilligung zum Rechnungsversand und Terminmitteilungen per E-Mail

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Versand von Rechnungen und Terminmitteilungen unter anderem per E-Mail erfolgt. **mein Gesundheitsort** verwendet hierfür E-Mail-Postfächer des Anbieters **IONOS SE**, welcher eine **Transportverschlüsselung nach dem TLS-Standard** bereitstellt. Dadurch wird sichergestellt, dass E-Mails während der Übertragung zwischen den Mailservern verschlüsselt und vor unbefugtem Zugriff geschützt sind.

Bitte beachte, dass bei der E-Mail-Kommunikation trotz TSL-Verschlüsselung kein vollständiger Schutz der Daten gewährleistet werden kann, da der Inhalt der E-Mail auf Endgeräten oder Mailservern unverschlüsselt gespeichert werden kann. Diese Einwilligung kannst Du jederzeit widerrufen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich die von mir namentlich benannten Personen /Stellen und **mein Gesundheitsort** untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Institution (z.B. Krankenhaus, Kostenträger):

Ärzt*in:

Therapeut*in:

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (z.B. Befunde, Verlaufs-Dokumentation, Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden. Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Freiwillige Zustimmung

Hiermit versicherst Du, der Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch **mein Gesundheitsort** zum Zweck der Vertragsdurchführung freiwillig zuzustimmen. Eine ordnungsgemäße Belehrung über das Widerrufsrecht fand statt.

Datum:

Unterschrift: