



Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß DSGVO

Hiermit stimme ich

[Name, Vorname]

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, Therapievorschläge,

Befunde anderer Heilpraktiker*innen/Ärzt*innen

-Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch **mein Gesundheitsort** umfasst:

Datenerhebung

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 in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (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 KollegInnen und ÄrztInnen ist eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

Widerrufsrecht

Der/die Einwilligende hat 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 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

Der/die Einwilligende besitzt 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. Wir werden versuchen, dir bei deinen Terminwünschen entgegenzukommen. Solltest du einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sage diesen bitte mindestens **24 Stunden** vorher ab.

Wird der Termin zu spät abgesagt 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:

Physiotherapie 20 Minuten: 25€

Physiotherapie über 20 Minuten: 50€

Osteopathie 60 Minuten: 50€

Osteopathie 30 Minuten: 30€

Beratungstermine: 30€

Freiwillige Zustimmung

Hiermit versichert der/die Unterzeichnende, der Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch **mein Gesundheitsort** zum folgenden Zweck der Vertragsdurchführung freiwillig zuzustimmen.
Eine ordnungsgemäße Belehrung über das Widerrufsrecht fand statt.

Name/Name des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum, Unterschrift



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 Patientenakte 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.

- ☐ Ich stimme zu
- ☐ Ich stimme nicht zu

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.

- ☐ Telefonnummer:

Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Übermittlung von Termindaten und/oder Rechnungen über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung erfolgt.

E-Mail an folgende Adresse:

Sonstiges (Instagram):

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Ich weiß, dass ich jederzeit diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.



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: _____

Arzt/ Ärztin: _____

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, Verlaufsdokumentation, 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. Der Widerruf hat bei der obengenannten Praxis zu erfolgen.

Name/Name des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift