

Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist mir ein wichtiges Anliegen. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Praxis für Naturheilkunde

Bettina Eilingsfeld

Stegwiese 2

63150 Heusenstamm

Tel. 06106-258803

E-Mail: info@naturheilkundepraxis-eilingsfeld.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt rechtmäßig aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerpraxis sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

- **Personenbezogene Daten:** Erhebung von Name, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten für die Verwaltung, Terminorganisation und Rechnungsstellung.
- **Besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten):** Erhebung von Anamnese, Diagnosen, Symptomen, Therapievorschlügen, Laborbefunden und psychischen/physischen Verfassungen zur Gewährleistung einer fachgerechten medizinischen Behandlung.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie explizit eingewilligt haben (z. B. an externe Labore für Blutuntersuchungen).

4. Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Bürgerliches Gesetzbuch und steuerrechtliche Pflichten) sind wir verpflichtet, Ihre Patientenakte und alle damit verbundenen Daten mindestens **10 Jahre** nach Abschluss der Behandlung sicher aufzubewahren.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Ausdrückliche Einwilligungserklärung (Bitte einzeln ankreuzen)

- **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Stammdaten:**
Ich willige ein, dass die oben genannte Praxis meine allgemeinen personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten) zur Praxisorganisation, Verwaltung und Rechnungsstellung erhebt und verarbeitet.

- **Ausdrückliche Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten:**
Ich willige ausdrücklich ein, dass die oben genannte Praxis meine sensiblen Gesundheitsdaten (medizinische Vorgeschichte, Diagnosen, Therapieverläufe, Befunde) erhebt, speichert und verarbeitet, soweit dies für meine therapeutische Behandlung und die gesetzliche Dokumentationspflicht erforderlich ist.
- **Kontaktaufnahme:**
Ich willige ein, dass die Praxis mich zwecks Terminabsprachen oder Rückfragen per Telefon, SMS oder unverschlüsselter E-Mail kontaktieren darf. **Zudem willige ich ausdrücklich ein**, dass mir die Praxis medizinische und abrechnungsrelevante Dokumente (z. B. Rechnungen, Befunde, Therapiepläne) als PDF-Datei per unverschlüsselter E-Mail zusenden darf. Mir ist bekannt, dass beim unverschlüsselten E-Mail-Versand die Vertraulichkeit der Daten nicht lückenlos garantiert werden kann und das Risiko des Zugriffs durch unbefugte Dritte besteht.

Freiwilligkeit und Widerruf:

Diese Einwilligungen sind absolut freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Ohne die Verarbeitung meiner Daten ist eine Behandlung in dieser Praxis jedoch rechtlich und praktisch nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin *(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)*