



Datenschutzerklärung

Liebe/-r Patient/-innen,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt und speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

Name der Praxis: Praxis für Chiropraktik
Sandra Hoffmeister
Adresse: Neddernhof 1c
21255 Tostedt
Mail: kontakt@chiropraktik-hoffmeister.de
Tel.: 04182-8002069

Welche Daten werden für welchen Zweck verarbeitet?

Ich verarbeite personenbezogene Daten, die ich zur Durchführung und Abrechnung Ihrer Behandlung von Ihnen erhalte.

Dazu gehören:

Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse)
Gesundheitsdaten/ Behandlungsdaten
Versicherungsdaten

Zu den Gesundheitsdaten gehören Anamnesen, Diagnosen, Befunde die ich oder andere Ärzte erheben, sowie Therapievorschlüsse. Zu diesem Zweck können auch andere Ärzte oder Heilpraktiker, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Befundberichte, Therapieberichte).

Die Erhebung dieser Daten ist die Voraussetzung für Ihre Behandlung. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem

Behandler/ Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.



Wenn Sie die von mir erbrachten Leistungen nicht in Bar, sondern auf elektronischen Wege zahlen, erhebe ich darüber hinaus Bankverbindungsdaten von Ihnen, um die Behandlung abrechnen zu können.

Empfänger Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger solcher Daten können andere Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Ärzte, von mir beauftragte Rechtsanwälte, Steuerberater, Buchhalter oder ein IT-Dienstleister sein. Eine Datenübermittlung ins nicht-europäische Ausland findet allerdings nicht statt.

Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten für einen bestimmten Zeitraum aufzubewahren. Für Ihre Patientenakte gilt gem. §630f Abs. 3 BGB beispielsweise eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte

Gemäß § 15 DSGVO sind Sie jederzeit berechtigt, eine umfangreiche Auskunft über Ihre personenbezogenen gespeicherten Daten 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.

Bitte beachten Sie, dass eine Löschung Ihrer Daten nicht immer möglich ist, weil dem unter Umständen gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

Gemäß Art. 77 DSGVO haben Sie zudem das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie mit der von mir vorgenommenen Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sind. Den in Niedersachsen zuständigen Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Niedersachsen erreichen Sie unter:

Postfach 221

30002 Hannover,

Tel.: 0511 120-4500,

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de



Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Die Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden.
Der Widerruf ist zu richten an:

Chiropraktik Sandra Hoffmeister
Neddernhof 1c
21255 Tostedt



Einwilligung

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich,

Vorname, Name (bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten, in Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:
Sandra Hoffmeister, Neddernhof 1c, 21255 Tostedt.

Hiermit bestätige ich folgendes:

- ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten und ihre EDV gestützte Speicherung zum Zweck der medizinischen Behandlung und Dokumentation des Behandlungsverlaufs (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, Fotodokumentation etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Den Inhalt der abgedruckten Wiederrufsbelehrung und Rechte habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



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 Kommunikationwege:

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

E-Mail Adresse:

WhatsApp:

Sonstiges:

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

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Erziehungsberechtigten