

Einverständnis zur Datenerfassung und Datenspeicherung nach DSGVO und BDSG

Im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis erheben wir Ihre Daten, die wir elektronisch speichern und auf die wir bei Wiedervorstellung oder neuen Krankheitszuständen zurückgreifen. Das beginnt mit der Erhebung Ihrer Daten durch Erfragen bzw. Ausfüllen eines Auskunftsboogens mit Namen, Geburtsdatum, Adresse usw. und Eintragung in unsere Patienten-Datenbank.

Meine Leistungen werden direkt mit Ihnen, im seltenen Fall durch Abtretungserklärung mit der Krankenkasse abgerechnet. Die Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen der Schweigepflicht. In der Rechnung müssen wir zudem die gestellten Diagnosen vermerken, die Sie bei Ihrer Versicherung und ggf. der Beihilfestelle einreichen.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, alle bei unserer Arbeit anfallenden Aufzeichnungen für mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist haben Sie das Recht, die Sie betreffenden Daten löschen zu lassen. (Wenn allerdings Ihr jüngster Eintrag in unserer Datenbank weniger als 10 Jahre alt ist, dürfen auch 20-jährige Einträge noch nicht gelöscht werden). Da wir gelegentlich Ihre älteren Befunde benötigen, löschen wir auch ältere Aufzeichnungen bewusst nicht automatisch, sondern nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin.

Über Untersuchungsergebnisse und Behandlungen werden wir andere Therapeuten und – falls aus medizinischen Gründen erforderlich – Ärzte und Krankenhäuser unterrichten. Ebenso erfolgt die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten ggf. mit Diagnose an Laborpraxen, wenn aus medizinischen Gründen eine Weitergabe von Proben (Blut, Urin, Stuhl etc.) zur Diagnostik erforderlich ist. Die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt sonst nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung bzw. nach schriftlicher Entbindung von der Schweigepflicht.

Bei konkreten Wünschen bezüglich Änderung, Sperrung oder Löschung Ihrer praxisbezogenen Daten (z.B. bei geplantem Therapeutenwechsel) wenden Sie sich bitte an uns. Beachten Sie, dass eine Datenlöschung erst nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht (s.o.) vorgenommen werden kann. Aber statt einer Löschung kann jederzeit eine vorläufige Sperrung veranlasst werden.

Sie haben das Recht, eine Kopie der gespeicherten Daten gegen Erstattung der anfallenden Kosten (50 Cent pro Seite) zu erhalten. Sie haben das Recht auf eine Kopie Ihrer hier gespeicherten Daten zur Übertragung in das Computersystem eines anderen Therapeuten (z.B. bei Therapeutenwechsel). Das Einlesen eines elektronischen Datensatzes ist allerdings mit Kosten verbunden.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder persönlich, postalisch oder per Fax an unsere Praxis übermitteln.

Ich habe die umseitigen Ausführungen sorgfältig gelesen und bin mit folgenden Punkten einverstanden (nichtzutreffendes bitte streichen):

1. Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten durch die Naturheilpraxis Anna Arbitmann, Haingasse 22, 61348 Bad Homburg v.d.H. und Facharztzentrum am Goetheplatz/Meisengasse 8, 60313 Frankfurt am Main gespeichert und verarbeitet werden.
2. Dort bereits über frühere Behandlungen vorhandene Aufzeichnungen sollen nicht gelöscht werden, auch wenn sie älter als zehn Jahre sind.

3. Über Untersuchungsergebnisse und Behandlungen dürfen andere Therapeuten und – falls aus medizinischen Gründen erforderlich – Ärzte und Krankenhäuser unterrichtet werden
4. Wenn erforderlich, dürfen meine Daten an eine mitbehandelnde medizinische Arztpraxis oder psychotherapeutische Praxis weitergegeben werden.

Ort, Datum: _____ Ihre Unterschrift:

Ich wünsche die Übermittlung meiner Befunde per E-Mail.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die E-Mails aus dem Facharztzentrum am Goetheplatz verschlüsselt verschickt werden, aber dennoch keine absolute Sicherheit bieten. Ich wünsche trotzdem den Versand per E-Mail und kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

_____ Unterschrift