



Naturheilpraxis Daglfing

Angelika Herzog

Savitsstraße 29a, 81929 München

Tel.: 089/688 27 30

kontakt@naturheilpraxis-daglfing.de

Patienteninformation

gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus:

1. Die Verantwortlichen für die Verarbeitung der Patientendaten sind:

Angelika Herzog
Savitsstraße 29a, 81929 München, Tel. 089/688 27 30,
kontakt@naturheilpraxis-daglfing.de

2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).

5. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

So können Sie *Auskunft* über die erhobenen Daten und die *Berichtigung* unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf *Löschung* der gespeichert Daten zu. Auf die *Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung* der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. *Recht auf Datenportabilität*).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit *widerrufen*. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf *Beschwerde* bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Patient/in: _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



Naturheilpraxis Daglfing

Angelika Herzog & Manuela Knapp
Gleiwitzer Str. 26, 81929 München
Tel.: 089/41 22 95 92 oder 089/46 31 24
kontakt@naturheilpraxis-daglfing.de

Patient/in: _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Des Weiteren erklärt sich oben genannter Patient / Patientin mit folgenden Kommunikationsmöglichkeiten einverstanden:

- Unverschlüsselter E-Mail-Kontakt
- Telefon
- SMS
- WhatsApp
- Facebook

Der Patient / die Patientin ist mit der digitalen Speicherung von Fotos (Augendiagnosebilder, Fotos von Narben, Wunden, Aderlassblut) und Laborbefunden

- einverstanden
- nicht einverstanden

Der Patient / die Patientin ist mit der Datenweitergabe für Befunderhebungen in Laboren

- einverstanden
- nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in