

# Datenschutz Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die nachstehend beschriebene Erhebung/Nutzung/Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis Physio im Schloss ist eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i. V. m. Art. 7 und 8 DSGVO erforderlich.

## Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist: Physio im Schloss, Christin Kosensky, Kirchstraße 1, 15806 Zossen

## Kategorien der personenbezogenen Daten und Zwecke der Verarbeitung

Die Praxis Physio im Schloss verarbeitet folgende personenbezogene Daten von Ihnen:

- Angaben zur Identifikation der Person: z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Krankenversicherung. Diese Daten benötigen wir zur Identifikation Ihrer Person und zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse.
- Kontaktdaten: z.B. Telefonnummer, Handynummer, Mail-Adressen. Diese Daten nutzen wir nur, um im Rahmen Ihrer Therapie in Kontakt mit Ihnen zu treten.
- Gesundheitsdaten: z.B. Neben- und Vorerkrankungen, Krankheitsverläufe, Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente, Schmerzzustände und -verläufe. Für einen optimalen Behandlungsablauf, auch in Folgeterminen, werden diese Daten benötigt.
- Fotos: z.B. von Narben oder Wunden. Die Fotos dienen nur der Behandlungsdokumentation und der Überprüfung des Behandlungsfortschritts.

Im Zusammenhang mit der Nutzung/Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten würden wir Daten an die nachstehenden Stellen für folgende Zwecke übermitteln:

- Abrechnung der Behandlung mit dem Abrechnungszentrum Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH sowie der Krankenkasse
- Behandelnder Arzt für die Erstellung eines Behandlungsberichtes
- Weitergabe an Steuerberaterin Annett Rose-Schneider für die Erstellung der Buchführung und Steuererklärung

## Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Wir speichern Ihre Daten nur solange, wie sie für die Behandlung erforderlich sind, sowie für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist (Behandlungsdokumentationen müssen bspw. gem. § 630 f BGB 10 Jahre lang aufbewahrt werden).

## Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).
- Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

## Freiwilligkeit

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einwilligung auf meiner freiwilligen Entscheidung beruht. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut bzw. die Praxis Physio im Schloss die Behandlung ablehnt. Ebenso ist mir bekannt, dass ich meine Einwilligung, soweit nachstehend keine abweichenden Vereinbarungen getroffen sind, jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Vor dem Widerruf erfolgte Nutzungen und Verarbeitungen bleiben von dem Widerruf unberührt.

## Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung in die beschriebenen Erhebungen, Verarbeitungen und Nutzungen meiner Daten. Die Hinweise dieser Einwilligungserklärung zur Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre dazu ebenfalls meine Einwilligung. Ich habe auch zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ich diese Einwilligung, soweit nicht Ergänzendes vereinbart ist, jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos telefonisch oder schriftlich, per E-Mail widerrufen kann.

Zossen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)