Heilpraktikerin für Psychotherapie

Andrea Sand

DATENSCHUTZINFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Informationen zur Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten in der psychotherapeutischen Praxis nach dem Heilpraktikergesetz und auf der Website. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, z. B. Name, Adresse, E-Mail-Adresse, Nutzerverhalten.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Heilpraxis für Psychotherapie Andrea Sand
Name: Andrea Sand
Anschrift: Windschläger Str. 19, 77652 Offenburg
Kontaktdaten: Tel.: 0781/9702411, E-Mail: andreasand-therapie@posteo.de

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart
Tel.: 0711/61 55 410, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

2. Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art und Zweck von deren Verwendung

Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerin für Psychotherapie sowie zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre sensiblen Gesundheitsdaten (z. B. Anamnesen, Diagnosen, Therapieverläufe, Befunde). Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, sofern Sie diese von der Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist zwingende Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b)

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie die gesetzliche Pflicht zur Behandlungsdokumentation nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).a) b) Kontaktaufnahme
Bei der Kontaktaufnahme mit uns per E-Mail oder über ein Kontaktformular werden die von Ihnen mitgeteilte Daten (Ihre E-Mail-Adresse; ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnum-

mer) von uns gespeichert, um Ihre Fragen zu beantworten. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen.

3. Weitergabe von Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (wie Ärzte oder Kostenträger), wenn Sie vorab ausdrücklich eingewilligt haben oder eine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht. Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken erfolgt nicht.

Wir geben Ihre persönlichen Daten nur an Dritte weiter, wenn:

- Sie Ihre nach Art.6 Abs.1 S.1 lit.a DS-GVO ausdrückliche Einwilligung dazu erteilt haben, z. B. an ein Labor,
- die Weitergabe nach Art.6 Abs.1 S.1 lit.f DS-GVO zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichtweitergabe Ihrer Daten haben,
- für den Fall, dass für die Weitergabe nach Art.6 Abs.1 S.1 lit.c DS-GVO eine gesetzliche Verpflichtung besteht, sowie
- dies gesetzlich zulässig und nach Art.6 Abs.1 S.1 lit.b DS-GVO für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist.

4.Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (siehe Punkt 1) zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN (Bitte einzeln ankreuzen)

A. Einwilligung in die allgemeine Datenerhebung
Ich willige ein, dass die Praxis meine für die Behandlung erforderlichen Stammdaten und Gesundheitsdaten erhebt, verarbeitet und speichert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung und beendet das therapeutische Behandlungsverhältnis, da ohne Dokumentation keine Behandlung stattfinden darf. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten (10 Jahre) bleiben vom Widerruf unberührt.

☐ Ja, ich willige ein.

B Einwilligung in den unverschlüsselten Versand der Rechnung per E-Mail
Ich willige ausdrücklich ein, dass mir Rechnungen und Zahlungserinnerungen unverschlüsselt als PDF-Anhang an meine oben angegebene E-Mail-Adresse übersandt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mails im Internet von Dritten mitgelesen werden könnten (vergleichbar mit einer Postkarte). Ich entbinde die Therapeutin insoweit ausdrücklich von ih rer therapeutischen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

☐ Ja, ich willige in den unverschlüsselten E-Mail-Versand von Rechnungen ein.
☐ Nein, ich wünsche meine Rechnung ausschließlich in Papierform (oder bar gegen Quittung).

C Einwilligung in die organisatorische Kommunikation via E-Mail und WhatsApp
Ich willige ein, dass die Praxis mich per E-Mail und/oder über den Messenger-Dienst WhatsApp zu rein organisatorischen Zwecken (z. B. Terminabsprachen, Terminverschiebungen) kontaktie ren darf. Therapeutische Inhalte werden über diese Kanäle nicht kommuniziert. Mir ist bekannt, dass WhatsApp (Meta Platforms Ireland Ltd.) Daten auch in Drittstaaten (z. B. USA) übermittelt, Metadaten auswertet und eine lückenlose Vertraulichkeit nicht garantiert werden kann. Ich entbinde die Therapeutin für diese Zwecke von der Schweigepflicht.

☐ Ja, ich willige in die Kontaktaufnahme per E-Mail ein.
☐ Ja, ich willige in die Kontaktaufnahme per WhatsApp ein.
☐ Ja, ich willige in die Kontaktaufnahme per SMS ein.
☐ Nein, ich wünsche keine Kontaktaufnahme über diese Kanäle.
☐ Ja, ich willige in die Kontaktaufnahme per Calendly ein.

Die Einwilligungen zu B und C sind vollkommen freiwillig und können jederzeit unabhängig voneinander mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen werden. Aus einer Verweigerung oder einem Widerruf entstehen mir keine Nachteile für die therapeutische Behandlung.

…… ……
(Ort, Datum) (Unterschrift Klient/in)