



Datenschutzinformation **und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung vertrauliche, personenbezogene Daten erhoben.

Alle Mitarbeiter im Zentrum für Naturheilkunde und Komplementärmedizin unterliegen der Schweigepflicht.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Ferner ist Ihre Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. Verantwortlichkeit für die Datenerhebung

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Zentrum für Naturheilkunde und Komplementärmedizin
Inhaber: Heilpraktiker Matthias Czermak
Bayreuther Straße 106
91301 Forchheim
Tel.: 09191/ 6987878
E- Mail Adresse: www.zfnk.de

Verantwortliche Aufsichtsbehörde für die Datenerhebung:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen: Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker und Behandler erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B.: in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z.B. an ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie es für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Einwilligungserklahrung

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie Sich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist.

Nach Widerruf dieser Einwilligungserklahrung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. Weitere Einwilligungserklärungen

Durch Ihre Unterschrift und Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich einverstanden, in die Verteilung unseres Newsletters aufgenommen zu werden, um regelmäßig Informationen über Praxisveranstaltungen und Gesundheitsthemen zu erhalten.

7. 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 Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr erneutes Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unsere Praxis zuständige Aufsichtsbehörde können Sie Punkt 1 entnehmen.

8. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9, Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22, Absatz 1 Nr.1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie Sich gerne an uns wenden.

Ihr Team

vom Zentrum für Naturheilkunde und Komplementärmedizin

in Forchheim

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich,

_____,
Vorname, Name, Geburtsdatum

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten in Zusammenhang mit meiner Behandlung im

**Zentrum für Naturheilkunde und Komplementärmedizin
Inhaber: Heilpraktiker Matthias Czermak
Bayreuther Str. 106
91301 Forchheim**

Ich bestätige,

- ✓ dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von dem behandelnden Therapeuten mitgeteilt wurden.
- ✓ dass ich darauf hingewiesen wurde, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- ✓ dass ich darauf hingewiesen wurde, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gemäß Artikel 9 DSGVO umfasst.
- ✓ dass meine Einwilligung freiwillig ist und mir bewusst ist, dass keine Verpflichtung besteht, diese zu erteilen. Ohne Erteilung der Einwilligung entstehen keine Nachteile, jedoch kann grundsätzlich keine Behandlung ohne Einwilligung erfolgen.
- ✓ dass ich den Inhalt der Widerrufsbelehrung vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen habe.
- dass ich damit einverstanden bin, in den Newsletter des ZFN Forchheim aufgenommen zu werden, um regelmäßig Informationen zu Gesundheitsthemen oder Veranstaltungen zu erhalten.

E-Mail-Adresse: _____

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen, schriftlich oder mündlich, 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.

Im Falle eines Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den verantwortlichen Therapeuten grundsätzlich nicht mehr möglich.

Forchheim, den _____

Unterschrift: _____