



## Einwilligung zum Datenschutz

Patient\*in (Vor- und Nachname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir als Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene verpflichtet, Dich bzw. Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Für die Verarbeitung der Daten ist das schriftliche Einverständnis erforderlich.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Psychotherapiepraxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene  
Dipl.-Soz.päd. Lena Fischer  
Maximilian-Haller-Straße 20  
72488 Sigmaringen  
Telefon: 07571/64 95 415  
E-Mail : [lena.fischer@praxis-lena-fischer.de](mailto:lena.fischer@praxis-lena-fischer.de)  
Internet: [www.praxis-lena-fischer.de](http://www.praxis-lena-fischer.de)

Die Festlegung eines Datenschutzbeauftragten ist aufgrund der Praxisgröße nicht vorgeschrieben.



## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Dir bzw. Ihnen und der Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Deine/Ihre Gesundheits- und Sozialdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder auch andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Du/Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Form von Arztbriefen).

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

## **3. EMPFÄNGER DER/IHRER/DEINER DATEN**

Wir übermitteln Deine/Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Du/Sie eingewilligt haben.

Empfänger Deiner/Ihrer personenbezogenen Daten können z.B. andere Ärzte/ Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, gesetzliche und private Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Psychotherapeutenkammer, Beihilfestellen und privatärztliche Verrechnungsstellen, usw. sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Antragstellung und Abrechnung der bei Dir/Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

## **4. SPEICHERUNG DER/IHRER/DEINER DATEN**

Wir bewahren Deine/Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich und gesetzlich vorgeschrieben ist.

Aufgrund der aktuellen rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Deine/Ihre personenbezogenen Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.



## **5. IHRE/DEINE RECHTE**

Du/Sie haben das Recht, über die Dich/Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kannst Du/können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Dir/Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Deiner/Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen (s.u.) benötigen wir Dein/Ihr Einverständnis. In diesen Fällen hast Du/haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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

## **6. NUTZUNG VON E-MAIL-DIENSTEN**

Zur Kontaktaufnahme, insbesondere zur Terminvereinbarung, aber auch zur Weitergabe von Informationen zwischen der Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und mir/uns erklären/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Nutzung von Email-Diensten. Mir/uns ist bekannt, dass die Kommunikation über Email unverschlüsselt ist.

Ich/wir erklären unser Einverständnis zur Nutzung von E-mail-Diensten:

ja     nein

## **7. NUTZUNG TELEFON, MAILBOX UND/ODER ANRUFBEANTWORTER**

Zur Kontaktaufnahme, insbesondere zur Terminvereinbarung, aber auch zur Weitergabe von Informationen zwischen der Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und mir/uns erklären/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Nutzung von Festnetz-, Mobil- und VoIP-Telefonie einschließlich des Hinterlassens von Nachrichten auf Mailboxen und/oder Anrufbeantwortern. Mir/uns ist bekannt, dass diese Form der Kommunikation unverschlüsselt ist.



Ich/wir erklären unser Einverständnis zur Nutzung von Telefon, Mailbox und Anrufbeantworter:

ja     nein

## 8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

## 9. WIDERRUF

Diese Einverständniserklärung zu den Punkten 6. (Email-Nutzung) und 7. (Telekommunikation) kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

**Ich bin / wir sind über die oben dargestellten Vereinbarungen zum Datenschutz ausführlich informiert worden und stimmen diesen Regelungen ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r