



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Hiermit erteile ich

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Telefon

E-Mail:

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

**Karin Portugall – Heilpraktikerin – Westfleth 15 – 21614 Buxtehude –
info@chiropraktik-portugall.de – 04161/ 55 85 707**

Zweck der Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung dieser Daten erfolgt, um Sie als Patient/in identifizieren zu können; um eine Diagnose stellen zu können; um Sie angemessen behandeln und beraten zu können; zur Korrespondenz mit Ihnen; zur Rechnungsstellung.

Empfänger Ihrer Daten: Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten: Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens acht Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

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 von 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 Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.



Widerspruchsrecht: Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an info@chiropraktik-portugall.de. Im Falle des Widerspruchs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

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 uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte/r für Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover;
Tel.: 0551/1204500 – Fax: 0511/1204599 – Email: poststelle@lfd.niedersachsen.de

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 gern an uns wenden.

Einwilligung: Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Speicherung meiner Daten in diesem Umfang ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig gebe.

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Adressdaten, Kontaktdaten, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Für Rückfragen, Terminabsprachen o.ä. stimme ich der telefonischen und elektronischen Kontaktaufnahme zu. E-mails werden unverschlüsselt gesendet.
- Bei EC Kartenzahlung werden meine Daten dem Kartenlesegerätbetreiber zugänglich.
- Die Löschfrist der Datensätze beträgt 8 Jahre, es sei denn, es gelten andere rechtliche Regelungen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Buxtehude, den

Unterschrift Patient/in - /Vertreter