



## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxisinhaberin:

Chiropraxis Julia Will

An der Gnisse 17, 23623 Gnissau

julia@chiropraxis-will.de

Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den

händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten

insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievor schläge,

Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu

ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Ver rechnungsstelle sein.

### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

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

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich



längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## **5. 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.

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:

Name: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein

Tel.: 0431/9881200, mail@datenschutzzentrum.de

Anschrift: Holstenstraße 98, 24103 Kiel

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind:

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung

Chiropraxis Julia Will



### **Einwilligung zur Fotodokumentation**

Im Rahmen einer fachgerechten Therapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation Ihres Behandlungsverlaufs sinnvoll, diesen durch Fotos zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv Ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Fotoaufnahmen gemacht, die Ihrer Patientenakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verändert oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Information zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Name/Name des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

### **Einwilligung zur telefonischen Kontaktaufnahme**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich zur Koordination von Terminen telefonisch kontaktiert werde. Ich weiß, dass ich jederzeit diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Name/Name des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



### Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Übermittlung von Termindaten und Rechnungen über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung erfolgt.

- E-Mail an folgende Adresse:
- WhatsApp an folgende Nummer:
- Sonstiges:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Ich weiß, dass ich jederzeit diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

---

Name/Name des gesetzlichen Vertreters

---

Datum, Unterschrift



### **Terminvereinbarung**

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Um längere Wartezeiten zu vermeiden reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen. Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab. Wird der Termin zu spät abgesagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als Praxisausfallkosten nach BGB §252 in Rechnung stellen kann.

### **Abrechnung**

Die Abrechnung entspricht einer privaten Liquidation. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse. Sie sind daher unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner von mir. Die Liquidation orientiert sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für die Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Julia Will

---

Name/Name des gesetzlichen Vertreters

---

Datum, Unterschrift