

# **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG**

In meiner Praxis für Psychotherapie (nach dem Heilpraktikergesetz), Beratung & Traumabearbeitung erhebe ich für Ihre Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten. Immer schon unterliege ich als Heilpraktikerin für Psychotherapie (HeilprG) der [Schweigepflicht](#). Nach dem am 25.5.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und neues Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zwecke ich Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

Grundsätzlich ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich!

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

Dipl.-Psych., Dipl.-Päd. Britta Wilke, Heilpraktikerin für Psychotherapie (HeilprG)

Praxis Britta Wilke	Tel.: 069 - 34870772
Rotlintstr. 47	praxis@brittawilke.de
60316 Frankfurt am Main	<a href="http://www.praxis-brittawilke.de">www.praxis-brittawilke.de</a>

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu werden Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten verarbeitet. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschläge und Gesprächsprotokolle.

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

## **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Personenbezogene Daten werden grundsätzlich nur dann an Dritte übermittelt, wenn Sie explizit eingewilligt haben, eine Schweigepflichtsentbindung unterschrieben haben bzw. wenn dies gesetzlich erlaubt ist.

Als Heilpraktikerin für Psychotherapie (HeilprG) arbeite ich nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Daher verarbeite ich Ihre Daten nur innerhalb meiner Praxis. Wenn Sie möchten, dass ich Ihre persönlichen Daten zur Klärung medizinischer Fragen oder für die Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen an andere Empfänger weiterleite, dann setzt dies Ihre ausdrückliche Beauftragung und Schweigepflichtsentbindung voraus.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können z. B. sein:

- Medizinischer Dienst Ihrer Krankenversicherung
- Zusatzversicherungen, die Heilpraktikerleistungen übernehmen
- Privatkassen, die eine ambulante Psychotherapie als Heilpraktikerleistung bezuschussen

Zur Abrechnung meiner Leistungen zählt die Weitergabe Ihrer Kontaktdaten an die Büromitarbeiter, die innerhalb ihrer Tätigkeit einer schriftlich vereinbarten Schweigepflicht unterliegt.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, alle personenbezogenen Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Ihre Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

## **5. IHRE RECHTE**

Grundsätzlich können Sie Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtsentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Sollten Sie Unstimmigkeiten bemerken, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Adressen der jeweiligen Landesdaten-

schutzbeauftragten finden Sie unter [www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](http://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html).

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

### **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG**

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben aufgeführten Punkte der Datenschutzhinweise gelesen und verstanden haben und sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung, Speicherung und Übermittlung persönlicher Daten einverstanden erklären.

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 Einwilligungserklärung ist allerdings eine Weiterbehandlung nicht mehr möglich.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Klientin / Klient)

### **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM E-MAIL-VERKEHR**

Beim allgemeinen E-Mail-Verkehr ist der Datenschutz grundsätzlich nicht vollumfänglich gewährleistet. Daher braucht es Ihre explizite Einwilligung, damit ich auf diesem Wege mit Ihnen in Kontakt treten darf. Ich weise Sie darauf hin, dass vertrauliche Nachrichten per Telefon, Postweg oder persönlich mitgeteilt werden sollten.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dem E-Mail-Kontaktweg zwischen Ihnen und mir einverstanden. Wenn Sie dies nicht wünschen, streichen Sie bitte einfach diesen Passus.

.....  
(E-Mail-Adresse)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Klientin / Klient)