

Datenschutzinformation für Patientinnen und Patienten

Logopädie Sprachreich · Ann-Claudia Richter · Hauptstraße 223 · 30826 Garbsen

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

1. Verantwortliche Stelle

Logopädie Sprachreich, Ann-Claudia Richter

Hauptstraße 223, 30826 Garbsen

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Welche Daten wir verarbeiten und wofür

Im Rahmen der logopädischen Behandlung verarbeiten wir insbesondere Stammdaten und Kontaktdaten, Versicherungs- und Ordnungsdaten sowie Gesundheitsdaten, z. B. Anamnese, Diagnosen, Befunde, Therapieziele, Behandlungsverlauf und Dokumentation. Die Verarbeitung erfolgt zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung, zur Termin- und Praxisorganisation, zur Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten.

3. Rechtsgrundlagen

Soweit die Datenverarbeitung für die Behandlung und deren Abwicklung erforderlich ist, erfolgt sie insbesondere auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b und/oder lit. c DSGVO sowie für Gesundheitsdaten Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen. Soweit eine Verarbeitung nicht bereits hierauf gestützt werden kann und Ihre Einwilligung erforderlich ist, erfolgt sie auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

4. Empfänger Ihrer Daten

Daten werden nur übermittelt, soweit dies für die Behandlung, Abrechnung oder aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich bzw. zulässig ist. Empfänger können insbesondere verordnende oder mitbehandelnde Leistungserbringer, gesetzliche oder private Kostenträger sowie von uns eingesetzte, vertraglich gebundene Dienstleister sein. Eine darüber hinausgehende Weitergabe erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung oder auf einer anderen gesetzlichen Grundlage.

5. Speicherdauer

Behandlungsunterlagen werden grundsätzlich für zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit nicht andere gesetzliche Vorschriften oder berechtigte Gründe eine abweichende Aufbewahrungsdauer erfordern. Danach werden Daten gelöscht bzw. datenschutzgerecht vernichtet, sofern keine weitere Aufbewahrungspflicht besteht.

6. Ihre Datenschutzrechte

Sie haben im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit sowie ein Widerspruchsrecht, soweit dessen Voraussetzungen vorliegen. Eine erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Außerdem können Sie sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren.

7. Bereitstellung der Daten

Die für Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erforderlichen Daten müssen bereitgestellt werden. Ohne diese Angaben kann die Behandlung bzw. Abrechnung unter Umständen nicht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden. Freiwillige Einwilligungen sind hiervon unabhängig.

Bestätigung und freiwillige Einwilligungen

Logopädie Sprachreich · Ann-Claudia Richter · Hauptstraße 223 · 30826 Garbsen

A. Bestätigung des Erhalts der Datenschutzinformation

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Datenschutzinformationen erhalten habe und Gelegenheit hatte, Fragen hierzu zu stellen. Diese Unterschrift ist keine pauschale Einwilligung in sämtliche Datenverarbeitungen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

(Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung)

B. Freiwillige Einwilligungen - nur ankreuzen, wenn gewünscht

Die folgenden Einwilligungen sind freiwillig und können einzeln erteilt oder abgelehnt werden. Eine Ablehnung hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Behandlung, soweit die betreffende Verarbeitung nicht ausnahmsweise für einen konkret gewünschten Kommunikations- oder Informationsweg erforderlich ist.

☐ Terminbezogene Kommunikation: Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich für Terminabsprachen oder Terminänderungen über folgende von mir angegebene Wege kontaktiert:

☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

☐ Informationsaustausch mit weiteren Behandelnden: Soweit dies nicht bereits gesetzlich zulässig oder für die Behandlung erforderlich ist, willige ich ein, dass die Praxis die für meine logopädische Behandlung erforderlichen Informationen mit den nachfolgend von mir benannten Personen/Stellen austauschen darf:

Name/Praxis/Stelle: _____

Zweck/Umfang (optional): _____

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig erteilte Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

(für die freiwilligen Einwilligungen)

Hinweis für die Praxis: Dieses Muster trennt die gesetzlich erforderliche Datenschutzinformation von freiwilligen Einwilligungen. Vor dem dauerhaften Einsatz sollten insbesondere die tatsächlichen Kommunikationswege, eingesetzten Dienstleister, Abrechnungswege, ggf. Datenschutzbeauftragte und praxisindividuellen Abläufe geprüft und das Formular entsprechend ergänzt werden.