



Aufklärung und Einwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Ihre Daten aufnehme, speichere oder weiterleite und welche Rechte für Sie damit verbunden sind.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt zu folgendem Zweck:

- um Sie als Patient identifizieren zu können
- um eine Diagnose stellen zu können
- um Sie angemessen behandeln und beraten zu können
- zur Korrespondenz mit Ihnen
- zur Rechnungsstellung
- zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag

2. Aufnahme der Daten

Für eine Kontaktaufnahme und zur Terminvereinbarung können Sie mich anrufen, mir eine E-Mail zusenden oder das Kontaktformular auf meiner Webseite nutzen. Ihre gesundheitsbezogenen Daten nehme ich persönlich in der Praxis bei der Erstanamnese auf.

Ich möchte hiermit darauf hinweisen, dass der Datenaustausch über WhatsApp Sicherheitslücken aufweist und nicht zur Kommunikation genutzt werden sollte.

3. Weiterleitung der Daten

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Labore oder Apotheken sein.

Die Übermittlung an Labore erfolgt zur Erstellung einer Diagnose, die Übermittlung an Apotheken zur Herstellung individueller Arzneimittel und Rezepturen.

Mit den Empfängern existieren Verträge zur Auftragsdatenverarbeitung, in denen sichergestellt ist, dass ihre Daten geschützt sind.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre 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 zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. 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



Naturheilpraxis Irina Kudlata

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 uns. 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 mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden
Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
Tel. 0611/1408-0 Fax 0611/1408-611
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

6. Rechtliche Grundlagen

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

Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten zu dem oben genannten Zweck ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig gebe. Wenn ich nicht zustimme, hat dies keinerlei Nachteile für mich, allerdings ist dann keine Behandlung möglich.

Name Patient:

Geb.:

Datum / Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)