

Klienteninformation zum Datenschutz

Praxis Pia Schönherr

Ich nehme Ihren Datenschutz sehr ernst und behandle Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Den Informationen können Sie entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Bitte bedenken Sie, dass es bei Datenübertragung im Internet grundsätzlich Sicherheitslücken geben kann. Ein vollumfänglicher Schutz vor dem Zugriff durch Fremde ist nicht realisierbar.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und gleichzeitig Datenschutzbeauftragte ist:

Pia Schönherr

Heilpraktikerin
Markt 11
04442 Zwenkau
&
Michael-Kazmierczak Str. 36
04157 Leipzig
034203/239783
pia.schoenherr@posteo.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf grund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die Sie mir eventuell überlassen haben. 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

Ich übermittel Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dieses gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Für Versicherte von Privatkassen: Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck 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 nur mit Ihrem Einverständnis.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

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 Ihrer Daten, und 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 benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die künftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für 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: Datenschutzbeauftragter für Sachsen,

Herr Andreas Schurig, Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden

Tel. 0351/4935401, Fax. 0351/4935490

6. Rechtliche Grundlagen

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

7. Einverständniserklärung

Ich, als Klient/in / Seminarteilnehmer/in habe diese Datenschutzerklärung gelesen und erkläre mich einverstanden, dass Frau Pia Schönherr meine personenbezogenen Daten benutzen darf, um im Rahmen von Rückfragen / Informationen oder im therapeutischen Zusammenhang, Kontakt mit mir aufzunehmen.

Dieses Recht kann ich jederzeit zurücknehmen!

Vorname: _____

Nachname: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: