

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

**Name:** .....

**Anschrift:**

.....

In der „Fachpraxis für traumazentriertes und pferdegestütztes Arbeiten“ werden während Ihrer Therapie, Supervision oder Ihres Coachings personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen ich und die MitarbeiterInnen in meiner Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Sabine Schröder

Praxisname: Fachpraxis für traumazentriertes und pferdegestütztes Arbeiten“

Dallgower Straße 9, 14612 Falkensee

Telefon: 033231 723061 oder 0176 6139 3182

post@sabineschroeder.de

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht

Dagmar Hartge

Stahnsdorfer Damm 77

14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203/356-0

Telefax: 033203/356-49

E-Mail: Poststelle@LDA.Brandenburg.de

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten (HeilPrG), Supervisor oder Coach und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich im Fall einer Therapie Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

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

## **3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. einen behandelnden Arzt), wenn Sie eingewilligt haben.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

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

## **5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

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 weitere Behandlung nicht mehr möglich.

## **6. 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 des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

## **7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum) .....

.....

Unterschrift KlientIn

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich an (Zutreffendes unterstreichen)

Therapie (HeilPrG) Beratung Supervision Coaching pferdegestützte Intervention

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Email:

Telefon/Notfallnummer:

Alter / derzeitige Tätigkeit:

Wichtig zu wissen:

Ihr Anliegen / Thema / Ziel:

### Bei Therapie:

Waren Sie schon einmal in Behandlung? Wenn ja, nennen Sie Grund, Maßnahme und Jahr.

Wann wurde Ihr letztes Blutbild genommen?

Befund?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

### Für alle gültig:

Ich bin damit einverstanden, dass ...

Prozesse anonym supervidiert werden können,

ich während des Prozesses keinen Suizidversuch unternehmen werde.

Prozesse dürfen anonym für Unterrichtszwecke verwendet werden Ja/Nein

Rechnungen dürfen per Email verschickt werden Ja/Nein

Ich habe die Konditionen zur Kenntnis genommen und melde mich verbindlich an:

Ort/Datum

Unterschrift