



Dr. Susanne Ditz

Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie -Psychoanalyse-

Einverständniserklärung zum Datenschutz DSGVO

Patient*in (Name, Vorname) : _____

Geburtsdatum : _____

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) sind wir als Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Für die Verarbeitung der Daten ist das schriftliche Einverständnis erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

**Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
-Psychoanalyse-**

Dr. Susanne Ditz

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalytikerin

Bergstr.85, 69121 Heidelberg

Telefon: 06221 401849 Mobil: 0171 404 5008

E-Mail : ditz@psychosomatische-frauenheilkunde.de

Web : www.psychosomatische-frauenheilkunde.de

Die Festlegung eines Datenschutzbeauftragten ist aufgrund der Praxisgröße nicht vorgeschrieben.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheits- und Sozialdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder auch andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Form von Arztbriefen).

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

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können z.B. andere Ärzte/ Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, gesetzliche und private Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Psychotherapeutenkammer, Beihilfestellen und privatärztliche Verrechnungsstellen, usw. sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Antragstellung und 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 berechnete Empfänger.



Dr. Susanne Ditz

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich und gesetzlich vorgeschrieben ist.

Aufgrund der aktuellen rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen 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 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.

6. NUTZUNG VON EMAIL-DIENSTEN

Zur Kontaktaufnahme, insbesondere zur Terminvereinbarung, aber auch zur Weitergabe von Informationen zwischen der Praxis Dr. Ditz und mir erkläre ich mein Einverständnis zur Nutzung von Email-Diensten. Mir ist bekannt, dass die Kommunikation über Email unverschlüsselt ist.



Ich erkläre mein **Einverständnis** zur Nutzung von Email-Diensten: ☐ **JA** ☐ **NEIN**

7. NUTZUNG TELEFON, MAILBOX UND/ODER ANRUFBEANTWORTER

Zur Kontaktaufnahme, insbesondere zur Terminvereinbarung, aber auch zur Weitergabe von Informationen zwischen der Praxis und mir erkläre ich mein Einverständnis zur Nutzung von Festnetz-, Mobil- und VoIP-Telefonie einschließlich des Hinterlassens von

Nachrichten auf Mailboxen und/oder Anrufbeantwortern. Mir/uns ist bekannt, dass diese Form der Kommunikation unverschlüsselt ist.



Ich erkläre mein **Einverständnis** zur Nutzung von Telefon, Mailbox und Anrufbeantwortern:

☐ **JA** ☐ **NEIN**

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

9. WIDERRUF

Diese Einverständniserklärung zu den Punkten 6. (Email-Nutzung) und 7. (Telekommunikation) kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ich bin über die oben dargestellten Vereinbarungen zum Datenschutz ausführlich informiert worden und stimme diesen Regelungen ausdrücklich zu.

Ort und Datum

Patient*in