Therapiezentrum Godshorn

Praxis für Ergotherapie Charlotte Gerbing Münstermann
Praxis für Physiotherapie Heike Münstermann

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Behandelnde Praxis: ☐ Praxis für Ergotherapie ☐ Praxis für Physiotherapie (Hauptstraße 7, 30855 Langenhagen)

Sehr geehrte/r _____
(Name, Vorname der zu behandelnden Person bzw. deren gesetzlicher Vertretung)

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung bzw. Ihrem Behandlungswunsch nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (Alter, Größe, Gewicht, Gewohnheiten, berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein, z. B. Vorerkrankungen, Operationen oder die Einnahme bestimmter Medikamente. Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Es kann vorkommen, dass im Therapieverlauf Daten abgefragt werden, die für Sie im Einzelfall ohne Bedeutung scheinen. Sollten Sie eine Frage nicht verstehen oder die Sinnhaftigkeit nicht nachvollziehen können, besprechen Sie dies bitte direkt mit Ihrer behandelnden Therapeutin bzw. Ihrem Therapeuten.

1. Freiwilligkeit

Ihre Angaben sind freiwillig. Es steht Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die wir für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass wir die Behandlung ablehnen müssen.

2. Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Archivierung

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie nach Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO ein, dass wir die von Ihnen gemachten Angaben, Ihre Gesundheitsdaten und die Behandlungsdokumentation zum Zweck Ihrer Behandlung verarbeiten und als Teil der Behandlungsdokumentation archivieren. Wir bewahren die Dokumentation auf, solange sie für die Behandlung erforderlich ist, und darüber hinaus für die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von **10 Jahren** nach Abschluss der Behandlung (§ 630f Abs. 3 BGB). Danach werden die Unterlagen datenschutzgerecht gelöscht bzw. vernichtet, soweit keine weitere gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Soweit die Verarbeitung gesetzlich erlaubt oder vorgeschrieben ist (z. B. Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 22 BDSG, § 630f BGB), bleibt dies von dieser Einwilligung unberührt.

3. Weitergabe von Daten

Ihre Daten unterliegen der Schweigepflicht und dem Patientengeheimnis. Wir geben sie nur weiter, soweit dies für Ihre Behandlung oder deren Abrechnung erforderlich und gesetzlich erlaubt ist, z. B. an Ihre Krankenkasse oder einen Abrechnungsdienstleister, oder wenn Sie eingewilligt haben:

☐ **Berichte an die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt.** Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Behandlungsberichte und Rückmeldungen zum Therapieverlauf an folgende Ärztin bzw. folgenden Arzt übermittelt: _____

☐ **Austausch mit weiteren Behandelnden.** Ich bin mit dem Austausch notwendiger Informationen mit folgenden weiteren Behandelnden einverstanden: _____

Therapiezentrum Godshorn
Hauptstraße 7
30855 Langenhagen

Tel. (0511) 6555 949
Fax (0511) 4598 1728

info@therapiezentrum-godshorn.de
www.therapiezentrum-godshorn.de

Therapiezentrum Godshorn

Praxis für Ergotherapie Charlotte Gerbing Münstermann
Praxis für Physiotherapie Heike Münstermann

4. Kommunikation (jeweils getrennt und freiwillig)

Die folgenden Einwilligungen sind unabhängig von Ihrer Behandlung. Sie sind **nicht** Voraussetzung für die Behandlung. Wenn Sie nichts ankreuzen, kommunizieren wir mit Ihnen per Telefon oder Post.

☐ **WhatsApp.** Ich willige ein, dass die Praxis mit mir über WhatsApp (Mobilnummer: _____) ausschließlich Terminabsprachen und organisatorische Nachrichten austauscht. Befunde, Diagnosen und Fotos werden darüber nicht versendet. Mir ist bekannt, dass WhatsApp Metadaten (z. B. Telefonnummer, Zeitpunkt) verarbeitet und der Anbieter außerhalb der EU Zugriff darauf haben kann.

☐ **Terminerinnerung per E-Mail/SMS.** Ich willige ein, Terminerinnerungen per ☐ E-Mail ☐ SMS zu erhalten (Adresse/Nummer: _____).

5. Ihre Rechte und Widerruf

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, formlos z. B. per E-Mail an info@therapiezentrum-godshorn.de, telefonisch oder in der Praxis. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Ein Widerruf der Einwilligung zur Archivierung entbindet nicht von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht. Sie haben das Recht, Ihre Dokumentation einzusehen oder Kopien davon zu erhalten (§ 630g BGB, Art. 15 DSGVO), unrichtige Angaben berichtigen (Art. 16 DSGVO) und, soweit keine Aufbewahrungspflicht entgegensteht, löschen zu lassen (Art. 17 DSGVO) sowie die Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit zu verlangen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihre behandelnde Therapeutin bzw. Ihren Therapeuten. Sie haben außerdem das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren: **Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen**, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, www.lfd.niedersachsen.de.

6. Hinweis zur Videoüberwachung (keine Einwilligung erforderlich)

In unseren Praxisräumen sind an der Eingangstür (Klingelkamera) sowie im Flur, am Empfang und im Wartebereich (360°-Kamera) Kameras mit Live-Bild und Aufzeichnung, aber ohne Ton, in Betrieb. Hinweisschilder kennzeichnen den erfassten Bereich. Die Videoüberwachung dient dem Schutz von Patientinnen, Patienten und Beschäftigten, dem Schutz von Kindern vor unbemerktem Verlassen der Praxis, der Zugangskontrolle und dem Schutz vor Einbruch. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO, eine Einwilligung ist nicht erforderlich. Die Aufnahmen werden lokal gespeichert und spätestens nach 72 Stunden gelöscht. Zugriff haben nur die Praxisinhaber, sonst nur Mitarbeiter. Sie können nach Art. 21 DSGVO widersprechen. Die vollständige Information liegt am Empfang aus und steht auf www.therapiezentrum-godshorn.de.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Ihr Praxisteam

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen beide Sorgeberechtigte, soweit erforderlich)

Therapiezentrum Godshorn
Hauptstraße 7
30855 Langenhagen

Tel. (0511) 6555 949
Fax (0511) 4598 1728

info@therapiezentrum-godshorn.de
www.therapiezentrum-godshorn.de