

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten:



Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin
SUSANNE STOLZ

CHIROPRACTIC
OSTEOPATHIE
MASSAGEN
HOMÖOPATHIE
EMA-TRAINING

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.,: _____

Plz./Wohnort: _____

geb.: _____

Beruf: _____

Mail: _____

Tel.: _____

Ich willige ein, dass o.g. Praxis, Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer (elektronischen) Patientenakte, zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Qualitätssicherung und zum Terminmanagement.

Hinweise:

Diese Daten werden auf dem Server (Cloud) von Naturheilkundepraxis Susanne Stolz gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Im Regelfall ergibt sich bei der Betreuung unserer IT-Systeme keine Notwendigkeit auf Patientendaten zurückzugreifen. In bestimmten Fällen, etwa bei der Behebung von Programmfehlern oder der Beseitigung von Störungen, kann es unter Umständen jedoch nicht vermieden werden, dass unser Dienstleister von Ihren Daten Kenntnis erhält. Im Fall eines solchen Zugriffs wird dieser auf das notwendige Maß beschränkt. Der Schutz Ihrer Daten wird dabei durch vertragliche Vereinbarungen sowie technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt. Die Mitarbeiter unseres Dienstleisters wurden nach dem Datenschutzgesetz zur Verschwiegenheit verpflichtet; Ihre Daten werden nicht an andere Stellen weitergegeben. In keinen Fall kann der Dienstleister ohne unsere Kenntnis auf Patientendaten zugreifen.

Weiterhin werden die Daten an unser Steuerberatungsbüro Roland Weber, Mainzer Str. 161, 66121 Saarbrücken zur Durchführung unserer Buchhaltung weitergeleitet.

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich: die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen können. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Information zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DSGVO, insbesondere über Datenweitergaben und die Speicherdauer.

Datum, Unterschrift Patient