

ERHEBUNG UND ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und gegebenenfalls an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

1. Die Verantwortlichen für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber Dominik Galler

Chiropraxis Dominik Galler
Martinshof 6
83626 Valley
Tel: 0151/20737301
praxis@chiropraktik-galler.de

Ein ständiger Vertreter/ Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung, sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde, usw. Auch andere Heilpraktiker/ Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/ Ärzte/ Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind:

- der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen

6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

Sie können Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/ Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Chiropraxis Dominik Galler

Martinshof 6 | 83626 Valley | Tel. 0151/20737301 | E-Mail: praxis@chiropraktik-galler.de
www.chiropraktik-galler.de

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sogenanntes Recht auf Datenportabilität). Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich der Einwilligungserklärung unten entnehmen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von CHIROPRAKTIK GALLER zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw. Ich bin damit einverstanden, dass Chiropraxis Galler mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/ Ärzte/ Physiotherapeuten/ meine Krankenversicherung zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/ oder bei anderen Heilpraktikern/ Ärzten/ Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

PATIENT/IN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Valley, den _____