PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

Michael Kurt
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Stephanie Kurt
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kapellenstr. 8a
D-63179 Obertshausen
Tel: 06 104 9727 210
Fax: 06 104 9728 299
info@praxis-kurt.de
www.praxis-kurt.de

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patient*innen,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind: **Michael und Stephanie Kurt**, Praxis für Psychotherapie, Kapellenstr. 8a, 63179, Obertshausen; Tel.: 06104-9727210.

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeut*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in 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

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der

Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Psychotherapeutenkammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der 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 berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese 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 benötige ich 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 der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, 0611-14080, www.datenschutz.hessen.de.

6. Rechtliche Grundlagen

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

Ihr Praxisteam

BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT

☐ Ich habe die Patienten-Information zum Datenschutz erhalten.

☐ Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die von mir genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

☐ SMS

☐ Threema

☐ Signal

Sowohl E-Mail als auch Messenger und SMS sollten nur zur kurzen Absprache (v.a. Terminabsprachen) benutzt werden. Dies schließt auch die Kommunikation zwecks Terminabsprache per Mail mit anderen Bezugspersonen ein (Schweigepflichtentbindung vorausgesetzt).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift(en)