

## Datenschutzvereinbarung (DS-GVO)

zwischen

Patient/in \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Str./Nr. \_\_\_\_\_, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

und



Praxis für **NATURHEILKUNDE**  
**OSTEOPATHIE** und  
**PHYSIOTHERAPIE**  
Barbara Kappelsberger  
Heilpraktikerin

Sudetenstraße 3, 85567 Grafing  
Telefon: 0159 06190182  
Email: naturheilpraxis.kappelsberger@web.de

### § 9 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

In der Praxis können wir nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) die angebotenen Dienstleistungen korrekt, schnell und wirtschaftlich erbringen.

Nach Artikel 9 des „Code of Conduct“ (CoC) können folgende Stammdaten von Patienten verarbeitet werden ( zum Beispiel):

- Name, Adresse, Geburtsdatum
- Kundennummer, Versicherungsnummer(n)
- vergleichbare Identifikationsdaten
- Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten
- Angaben zur Werbesperre oder Werbeeinwilligung
- Sperrungen für Markt- und Meinungsforschung
- Daten zur Abgabe in ISH zur digitalen Abrechnung

Dies geschieht nur, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung des Code of Conduct (CoC) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

**Hinweis:** . Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

**Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

**Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung  
Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.