



NAME DES PATIENTEN (Druckbuchstaben):

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 ist die Praxisinhaberin:

Physiotherapiepraxis Schwenke, Inh. Sophie Brück
Wilhelmstraße 6, 35037 Marburg
info@physio-marburg.de

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

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Physiotherapeuten/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 notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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 benötigen wir 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 für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (vertreten durch Prof. Dr. Alexander Roßnagel) Tel. (06 11) 1 40 80, poststelle@datenschutz.hessen.de; Anschrift: Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden.



6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind:

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- 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 und
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung:
Physiotherapiepraxis Schwenke, Inh. Sophie Brück

EINWILLIGUNG ZUR FOTODOKUMENTATION

Im Rahmen einer fachgerechten Therapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation Ihres Behandlungsverlaufs sinnvoll, diesen durch Fotos zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv Ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Fotoaufnahmen gemacht, die Ihrer Patientenakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verändert oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Information zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Name (oder Name des gesetzlichen Vertreters)

Datum, Unterschrift

TERMINVEREINBARUNG

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Um längere Wartezeiten zu vermeiden reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen. **Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen 24 Stunden vorher ab.** Wird der Termin zu spät abgesagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als Praxisausfallkosten nach BGB §252 in Rechnung stellen werde.

HONORARVEREINBARUNG / ABRECHNUNG

Die Abrechnung entspricht einer privaten Liquidation. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse. Sie sind daher unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner von mir. Die Liquidation orientiert sich an der Gebührenordnung für Therapeuten (GebüTh). In meiner Praxis gelten Tarife (GebüTh, Privatversichert, Beihilfeversichert und Selbstzahler) laut aktuellem Preisaushang. Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Gem. §614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen. Ich übernehme daher für die Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der **Praxis Physiotherapie Schwenke, Inh. Sophie Brück.**

Name (oder Name des gesetzlichen Vertreters)

Datum, Unterschrift



EINWILLIGUNG ZUR KONTAKTAUFNAHME UND NUTZUNG UNSICHERER KOMMUNIKATIONSWEGE

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich zur Übermittlung von **Termin**daten und **Rechnungen** über die folgenden Kommunikationswege kontaktiert:

- E-Mail** an folgende Adresse: _____
- Instant-Messenger** (z. B. WhatsApp) an folgende Nummer: _____
- Telefonisch** unter folgender Nummer: _____
- Sonstiges:** _____

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass insbesondere die Nutzung von E-Mail, Instant-Messengern und anderen elektronischen Kommunikationswegen ohne zusätzliche Sicherungsmaßnahmen Gefahren für meine Daten birgt. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Name (oder Name des gesetzlichen Vertreters)

Datum, Unterschrift



Ihre Kontaktdaten dienen in unserer Praxis ausschließlich einer schnellen und unkomplizierten Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung. Werbung erhalten Sie von uns darüber nicht.