

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Praxisstempel

Name, Vorname (Patient): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Praxis folgende Daten von mir elektronisch speichert und elektronisch verarbeitet sowie in Papierform/Akten aufbewahrt:

1. Biografische Daten:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Telefon
E-Mail
Beruf
Krankenkasse
Bei Kindern: Versicherungsnehmer/Rechnungsadressat

2. Behandlungsdaten:

Vorbehandlungen, Vorbefunde und Briefe
Wahrgenommene Termine
Inhalte von Stunden
Biografische Anamnese
Testauswertungen und deren Ergebnisse
Diagnosen
Medikation
Den Bericht an den Gutachter der Krankenkasse

3. Die Daten werden in der Regel ausschließlich zur Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung sowie zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern/ mit Ihnen verwendet. Darüber hinaus werden die Daten dem Steuerberater zur Buchhaltung zur Verfügung gestellt, dem Finanzamt im Falle einer Betriebsprüfung, dem Rechtsanwalt im Fall von Rechtsstreitigkeiten und der Berufshaftpflichtversicherung im Versicherungsfall.

4. Die Daten werden ausschließlich auf einem Laptop und/oder Rechner der Praxis gespeichert. Es werden jedoch regelmäßig Sicherungskopien der Daten erstellt, die auf einer oder mehreren (Mehrgenerationen-Sicherungs-Prinzip) verschlüsselten Festplatte(n) oder USB-Speicherstick(s) gespeichert werden.

Die verschlüsselte(n) Festplatte(n)/verschlüsselten USB-Speicherstick(s) wird/werden am Ort der jeweils behandelnden Praxis innerhalb der Praxisgemeinschaft Hofheim, Castellerstraße 91a, 65719 Hofheim (Praxis Diana Niemeyer / Praxis Jenny Stanke) extern aufbewahrt, um im Fall eines Brandes die Daten wiederherstellen zu können. Dazu ist die Praxis verpflichtet.

Zugriff zu auf dem Rechner der Praxis gespeicherten Daten haben folgende Personen:

- der Praxisinhaber
- berechnete und zur Schweigepflicht verpflichtete Mitarbeiter und Praktikanten
- berechnete und zur Schweigepflicht verpflichtete Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten
- IT-Unternehmen, welches der Schweigepflicht unterliegt

5. Weitergabe der Daten

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten an folgende Dritte weitergegeben werden:

- an meine zuständige Krankenkasse/Beihilfestelle/Privatabrechnungsstelle:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Wahrgenommene Termine
Diagnosen

- an den Gutachter der Krankenkasse/Beihilfestelle:

Die Daten werden in pseudonymisierter Form weitergeleitet, d.h. statt Ihres Namens in Reinform wird Ihnen ein Code von Ihrer Krankenkasse/Beihilfestelle zugeordnet. Der Gutachter kann Ihre Identität damit nicht zurückverfolgen.

- Im Bericht an den Gutachter:

Symptomatik, Altersangabe, ausgeübter Beruf, Familienstand
Ihre Biografie (In Auszügen ohne Nennung von Namen und Orten)
Krankheitsanamnestische Daten
Psychopathologischer Befund
Krankheitsätiologie und Behandlungsplan
Diagnosen

Prognostische Einschätzung

Verlaufsbericht der Therapiestunden des letzten Behandlungsabschnittes in verdichteter Form (durchgearbeitete Themenbereiche, erzielte Ergebnisse, Mitarbeit)

- an den Steuerberater/Mitarbeiter des Steuerberaters/Buchhaltung:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Wahrgenommene Termine
Diagnosen

an das Finanzamt bei einer Betriebsprüfung oder im Falle von rechtlichen Auseinandersetzungen an den beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsbeistand oder bei einem Fall für die Berufshaftpflichtversicherung an die Versicherung:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Wahrgenommene Termine
(Diagnosen: nur ans Finanzamt, da diese auf den Rechnungen für die Buchhaltung vermerkt)

6. Löschung der Daten und Recht auf Löschung

Die Daten müssen nach dem Sozialgesetzbuch 10 Jahre nach Behandlungsende aufbewahrt werden. Bei einigen chronischen Erkrankungen kann dieser Zeitraum auch 30 Jahre betragen. Nach dieser Frist werden die Daten auf dem Rechner und auf externen Sicherungsdatenträgern gelöscht. Papier-Unterlagen und Akten werden von einem zertifizierten

Datenvernichtungsunternehmen nach den Bestimmungen der DSGVO vernichtet oder durch den Praxisinhaber oder Mitarbeiter mit Hilfe eines Schredders mit Sicherheitsstufe 4.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Ich das Recht auf Löschung habe, sofern nicht andere gesetzliche Grundlagen oder Gründe dagegensprechen. Ich kann diese Erklärung jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen.

Ich habe diese Ausführungen gelesen, ausreichend Zeit für Fragen gehabt und eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

Hofheim, den _____

Unterschrift Patient bzw. bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte(r)