

# **Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

## **Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,**

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie dieser Datenschutzerklärung.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer systemischen Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievor schläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeuten/Ärzte, 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 Rahmen unserer Buchhaltung sowie zur Erstellung der EÜR benötigt unser Steuerberater den Einblick auf unser Geschäftskonto und unsere Kontoauszüge in Papierform. Ihre Lastschriftdaten sind somit für unseren Steuerberater ersichtlich. Unser Steuerberater unterliegt nach §203 StGB der beruflichen Verschwiegenheitspflicht und wird fremde Geheimnisse wahren.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen systemischen Therapeutin:

Antje Decker,  
Praxis für systemische Beratung und Therapie  
Duffesbachstr. 101  
50354 Hürth

### **Hiermit bestätige ich folgendes:**

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Behandlung aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.
  - Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten umfasst.
  - Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
  - Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

### **Widerrufsbelehrung:**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf der Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnisbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.