

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Name: .....

Geb.-Datum:

In meiner Praxis werden während unserer gemeinsamen Arbeit personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Als psychologischer Berater unterliege ich einer strengen Schweigepflicht. Nach dem in Kraft getretenen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Daten-erhebung erforderlich.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Eva Heinz

Praxisadresse: Fellener Straße 13, 97775 Burgsinn, Telefon: 0160/507 286 2

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Name: Prof. Dr. Alexander Roßnagel

Anschrift: Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

Kontaktdaten: Telefon: 06 11/140 80, Telefax: 06 11/14 08-900

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Beratungsvereinbarung zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen Dinge, die Sie mir während unserer gemeinsamen Arbeit mitteilen. Es können aber auch Befunde oder Diagnosen sein, die andere erheben, wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Daten ist Voraussetzung für unsere gemeinsame Arbeit. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige „Behandlung“ nicht erfolgen.

### **3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z.B. einen Kollegen), wenn Sie eingewilligt haben.

### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist und den geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung entspricht.

### **5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

### **6. 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.

### **7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

(Ort, Datum) ..... Unterschrift Klient/Patient\*in.....

