

Datenschutzerklärung der Gesundheitswerkstatt

Wir, die **Gesundheitswerkstatt**, nehmen den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst und behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Im Folgenden informieren wir Sie gemäß Artikel 13 und Artikel 15 der DSGVO darüber, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, wenn Sie unsere Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

1. Verantwortlicher

Gesundheitswerkstatt

[Kempter Str. 48 & Kaisergraben 3 87700 Memmingen

Telefon: 08331/9637950

E-Mail: info@gesundheitswerkstatt-mm.de

Vertreten durch: Ulrich Haggenmüller

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten personenbezogene Daten unserer Patienten, um unseren vertraglichen Verpflichtungen nachzukommen und Sie bestmöglich zu behandeln. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zu folgenden Zwecken:

- **Behandlung und Gesundheitsversorgung:**
Zweck: Bereitstellung von therapeutischen Leistungen, Diagnosen, Behandlungsverläufen und Beratung.
Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung) und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Verarbeitung von Gesundheitsdaten).
 - **Verwaltung und Abrechnung:**
Zweck: Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber Krankenkassen, Versicherungen oder Ihnen als Selbstzahler.
Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung).
 - **Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen:**
Zweck: Einhaltung von Aufbewahrungsfristen, Meldungen an Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften.
Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (gesetzliche Verpflichtung).
-

3. Kategorien personenbezogener Daten

Wir verarbeiten folgende Kategorien personenbezogener Daten:

- Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktinformationen)
 - Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Therapieverläufe, Behandlungspläne)
 - Abrechnungsdaten (Krankenkasseninformationen, Zahlungsinformationen)
-

5. Empfänger der Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur im erforderlichen Umfang an folgende Stellen weitergegeben:

- Externe Dienstleister, wie IT-Dienstleister, die uns bei der elektronischen Verarbeitung unterstützen
- Abrechnungsstellen, Krankenkassen und Versicherungen
- Aufsichtsbehörden, sofern wir gesetzlich dazu verpflichtet sind

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an internationale Organisationen findet nicht statt.

6. Dauer der Datenspeicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Behandlung sowie darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert:

- **Patientenunterlagen:** 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (gemäß § 630f BGB).
- **Abrechnungsunterlagen:** 10 Jahre nach Ende des Geschäftsjahres (gemäß § 147 AO).

Nach Ablauf dieser Fristen werden die Daten gelöscht, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht mehr besteht.

7. Ihre Rechte als betroffene Person

Sie haben gemäß den Bestimmungen der DSGVO folgende Rechte hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

- **Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO):** Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob wir personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Falls ja, haben Sie das Recht, eine Kopie dieser Daten sowie weitere Informationen zur Verarbeitung zu erhalten.

- **Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO):** Sie können unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten verlangen.
- **Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO):** Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, sofern keine gesetzliche Verpflichtung zur weiteren Speicherung besteht.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO):** Sie können die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, wenn Sie die Richtigkeit der Daten bestreiten oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist
- **Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO):** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten.
- **Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO):** Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen, sofern die Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO beruht.

8. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt, haben Sie das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einzureichen:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 18
91522 Ansbach

9. Sicherheit Ihrer Daten

Wir setzen technische und organisatorische Maßnahmen ein, um Ihre Daten vor unberechtigtem Zugriff, Verlust, Zerstörung oder Manipulation zu schützen. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend verbessert.

c10. Änderungen dieser Datenschutzerklärung

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzerklärung anzupassen, um den aktuellen rechtlichen Anforderungen zu entsprechen oder Änderungen unserer Leistungen in der Datenschutzerklärung umzusetzen. Für Ihren erneuten Besuch gilt dann die neue Datenschutzerklärung.

Einwilligung Zur Datenweitergabe an ein Abrechnungszentrum

Sehr geehrte/r Patient/in,

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch das

- Abrechnungszentrum Optica Dr. Güldener GmbH
- Marienstr. 10 70178 Stuttgart

bearbeitet.

Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich der Praxis Gesundheitswerkstatt für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, oben aufgeführte Information erhalten zu haben.

Ort, Datum, Patientename, Unterschrift

Einwilligung zur Datenweitergabe an Dritte

Patientenname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit Ihrem Hausarzt, Facharzt,
Kindergarten/Schule und unserem Abrechnungszentrum Optica zusammen.

Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die genannte Stelle
weitergeleitet, die diese verarbeiten.

Ich willige ein, dass die genannte Praxis, Gesundheitswerkstatt, im Rahmen der
Erforderlichkeit Patientendaten an das oben genannte Dienstleistungsunternehmen
und sonstige Stellen übermittelt.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung
jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, oben aufgeführte Information erhalten zu haben.

Ort/Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Mustererklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patientenname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich die benannten Personen/Stellen und genannte Praxis untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

- Praxis Gesundheitswerkstatt und mein Hausarzt, der im vorliegenden Fall Heilmittel rezeptiert hat
- Praxis Gesundheitswerkstatt und meine Fachärzte, die im vorliegenden Fall Heilmittel rezeptiert haben
- Praxis Gesundheitswerkstatt und der Kindergarten/Schule meines minderjährigen Kindes
- Praxis Gesundheitswerkstatt und andere therapeutische Dienstleister, die im vorliegenden Fall an meiner Gesundheit arbeiten.

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben.

Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, oben aufgeführte Information erhalten zu haben.

Ort/Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters
