

# Logopädische Praxis Gehrig

Am Kirchberg 13 | 74889 Hoffenheim  
Tel: 07261/946760 | Email: logopaedie-gehrig@gmx.de

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

### **Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.**

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: Logopädische Praxis T. Gehrig, Am Kirchberg 13, 74889 Hoffenheim, Tel: 07261/946760, logopaedie-gehrig@gmx.de

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

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

#### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen 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 Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

#### **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.

## 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. Sie haben aber das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 b DSGVO. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

## 7. Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert (Vorname: \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_) der Erhebung und der Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch unsere Praxis zuzustimmen und das eine Belehrung über die Rechte mit diesem Infoschreiben durchgeführt wurde.

Hoffenheim, \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Patienten-Unterschrift)

---

### Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis-Software IPRAX

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig ausstelle. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigungen, Terminerinnerungen, Rechnungen, Quittungen) per Post und mittels Zusatzservices (Email und SMS) neben der logopädischen Praxis auch von den Dienstleistern iPRAX und Retarus AG **nur für die oben genannten Zwecke** verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Hoffenheim, den \_\_\_\_\_