

Ernst Falkinger Diplompsychologe mit Heilpraktikererlaubnis (Psychotherapie)

Klienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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 hinsichtlich Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxisname: Ernst Falkinger Diplompsychologe mit Heilpraktikererlaubnis
(Psychotherapie)

Adresse: Ernst Falkinger
Gunta-Stölzl-Str. 12
80807 München

Kontaktdaten: ernst.falkinger@t-online.de
0176/29135684

2. Zweck der Datenverarbeitung

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

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, 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

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, gesetzlich verpflichtend ist oder Sie eingewilligt haben.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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. 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.

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz:

Prof. Dr. Thomas Petri
Postfach 22 12 19
80502 München

oder:

Wagmüllerstr. 18
80538 München

Telefon: 089/21 26 72-0
Telefax: 089/21 26 72-50

E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de
Homepage: <https://www.datenschutz-bayern.de>

6. Rechtliche Grundlagen

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

7.) Videoberatung

Die Videoberatung erfolgt über Redmedical. Nähere Einzelheiten hierzu siehe extra Formular.

Version der Klienteninformation zum Datenschutz: 18.09.2021

Erstellt auf der Grundlage KBV / Patienteninformation zum Datenschutz: Muster / März 2018

Impressum:

Ernst Falkinger
Diplompsychologe mit Erlaubnis Heilpraktiker (Psychotherapie)
magisch-psychologische-beratung (nur online)
Gunta-Stözl-Str. 12 80807 München
Telefon: 0176/29135684
E-Mail: ernst.falkinger@t-online.de
www.magisch-psychologische-beratung.de
Gerichtsstand: München

**Ernst Falkinger Diplompsychologe mit
Heilpraktikererlaubnis
(Psychotherapie)**

Klient: Vorname:.....

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Die Klienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten und bin mit der Datenverarbeitung ausdrücklich einverstanden. Ich kann die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Eine weitere Behandlung ist dann aber nicht möglich.

.....

Ort/Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine (elektronische) Datenübermittlung nie absolut sicher ist.

Zur Videoberatung mit der Videosprechstunde von Redmedical siehe extra Formular.

Ich bin mit einer elektronischen Form der Datenübermittlung sowie mit der Datenübermittlung auf dem Postweg oder einem anderen Weg einverstanden.

.....

Ort/Datum

Unterschrift
