

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Datenschutzerklärung (gemäß Art. 6, 7 und 9 DSGVO)

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

2. Verantwortliche Stelle

Praxis für Osteopathie, Akupunktur und Physiotherapie Franziska Schöll · Physiotherapeutin/Heilpraktikerin
Alexanderstraße 10a, 99817 Eisenach

Telefon: 03691 742037

E-Mail: praxis@osteopathie-schoell.de

3. Zweck der Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten – insbesondere meine Gesundheitsdaten – zum Zweck der:

- Anamnese
- Diagnostik
- heilpraktischen oder Physiotherapeutischen Behandlung und Therapie
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs
- Abrechnung erbrachter Leistungen
- Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen

verarbeitet werden.

3.a Besonderheiten

Zustimmung zum Einsatz des KI-Tools Jameda NOA NOTES

Zur Aufzeichnung und Zusammenfassung der Gespräche während der Therapie kann das Tool Jameda NOA NOTES, zur Erstellung der Notizen und der Zusammenfassung der Behandlung, verwendet werden. Ich bin damit einverstanden, dass das Tool den Ton unseres Gesprächs aufnimmt und es mit Hilfe künstlicher Intelligenz-Technologie zusammenfasst. Die Daten werden durch strenge Sicherheitsmaßnahmen geschützt, um Ihre Vertraulichkeit zu gewährleisten. Hierfür willige ich ausdrücklich ein. Diese Einwilligung kann jederzeit durch eine einfache Mitteilung an den Verantwortlichen widerrufen werden, die Qualität der Behandlung wird dadurch nicht beeinträchtigt. Die Transkriptionen werden für höchstens ein Jahr gespeichert, die daraus resultierenden medizinischen Aufzeichnungen werden so lange aufbewahrt, wie es durch die einschlägigen Gesundheitsvorschriften festgelegt ist.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu

4. Art der verarbeiteten Daten

Insbesondere werden folgende Daten verarbeitet:

- Stammdaten (Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Diagnosen, Therapien, Behandlungsverläufe)
- Abrechnungs- und Zahlungsdaten
- Kommunikationsdaten (z. B. E-Mail, Telefon)

Gesundheitsdaten zählen zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO.

5. Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Behandlungsvertrag)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Gesundheitsvorsorge und Behandlung)
- ggf. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung)

6. Weitergabe von Daten

Ich bin darüber informiert, dass meine Daten grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben werden, es sei denn:

- ich habe ausdrücklich eingewilligt
- dies ist zur Abrechnung oder Buchhaltung erforderlich (z. B. Steuerberater, Abrechnungsstelle)
- es besteht eine gesetzliche Verpflichtung

Eine Übermittlung in Drittstaaten erfolgt nicht.

7. Speicherdauer

Meine personenbezogenen Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Behandlung erforderlich ist oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist für Patientenakten beträgt mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (§ 630f BGB).

8. Rechte der betroffenen Person

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit das Recht habe auf:

- Auskunft über meine gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung meiner Daten, soweit keine Aufbewahrungspflicht besteht (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)

9. Widerruf der Einwilligung

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf ist schriftlich oder mündlich gegenüber der verantwortlichen Stelle möglich. Mir ist bewusst, dass ein Widerruf Auswirkungen auf die weitere Behandlung haben kann.

10. Freiwilligkeit der Einwilligung

Ich wurde darüber informiert, dass die Bereitstellung meiner personenbezogenen Daten für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Ohne diese Daten ist eine Behandlung nicht möglich.

11. Einwilligungserklärung

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden. Hiermit willige ich freiwillig und ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, ein.

Ich stimme der Datenverarbeitung gemäß dieser Einwilligungserklärung zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertretung): _____