

Datenschutzerklärung & Einwilligung gemäß DSGVO

1. Verantwortliche Stelle

Praxisname: Osteopathie & Naturheilpraxis Franziska Faust
Inhaberin: Franziska Faust
Adresse: Heidkopfweg 6, 36124 Eichenzell-Zillbach
Telefon: 0157/54787617 · E-Mail: praxis@osteopathie-faust.com

2. Zweck der Datenerhebung

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck:

- der medizinischen Anamnese und Diagnostik
- der Behandlungsplanung und -durchführung
- der Dokumentation gemäß gesetzlicher Vorgaben
- der Abrechnung mit Kostenträgern (falls zutreffend)
- der Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten

3. Art der erhobenen Daten

- Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten)
- Gesundheitsdaten (Vorerkrankungen, Medikamente, Allergien, Frakturen etc.)
- Behandlungsdokumentation · Abrechnungsrelevante Daten

Gesundheitsdaten gelten als besondere Kategorien gemäß Art. 9 DSGVO.

4. Rechtsgrundlage der Verarbeitung

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Behandlungsvertrag)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (rechtliche Verpflichtung, inkl. steuerrechtlicher Pflichten)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Gesundheitsvorsorge und medizinische Behandlung)
- Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO

5. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur an mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten (mit Ihrer Einwilligung), an gesetzliche oder private Kostenträger sowie bei bestehender gesetzlicher Verpflichtung. Keine Weitergabe zu Werbezwecken.

6. Speicherdauer

Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert (in der Regel 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung).

7. Ihre Rechte

- Auskunft (Art. 15) · Berichtigung (Art. 16) · Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) · Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerruf Ihrer Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft
- Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde

8. Freiwilligkeit der Angaben

Die Bereitstellung Ihrer Gesundheitsdaten ist für eine sichere und fachgerechte Behandlung erforderlich. Ohne diese Angaben kann eine Behandlung ggf. nicht oder nur eingeschränkt erfolgen.

Einwilligungserklärung

- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.
- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, zum Zweck der medizinischen Behandlung ein.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift