

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Meinem Praxis-Merkblatt können Sie entnehmen, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Datenschutz haben. Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten brauche ich, damit eine Behandlung möglich ist.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname, Name

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bzw. die meines minderjährigen Kindes

Vorname, Name

im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis bzw. im Yogastudio der datenschutzrechtlich Verantwortlichen:

Heilpraktikerin für Psychotherapie & Yogalehrerin Martina Schmock

Hauptstraße 15, 28857 Syke, Tel.: 04242-6558208, E-Mail: martinaschmock@t-online.de

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Martina Schmock, Heilpraktikerin für Psychotherapie.

Informationen zum Datenschutz

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Heilpraktikerin für Psychotherapie, Martina Schmock, Hauptstraße 15, 28857 Syke

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag zwischen Ihnen als Patientin und mir als Psychotherapeutin (HPG) bzw. Yogalehrerin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

3. EMPFÄNGERINNEN IHRER DATEN

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, Sie es ausdrücklich wünschen und eingewilligt haben.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist und längstens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

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 zur 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 benötige ich 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 Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der in Niedersachsen zuständigen Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Barbara Thiel

Postfach 221, 300002 Hannover

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel. 0511 120 – 4500

poststelle@lfd.niedersachsen.de

www.lfd.niedersachsen.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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