



Einwilligung zur Datenverarbeitung (DSGVO)

für die psychotherapeutische Behandlung in einer Privatpraxis

Name des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r 1 (bei Minderjährigen)

Sorgeberechtigte/r 2 (bei Minderjährigen)

Patient (ab 16 Jahre)

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass die Praxis personenbezogene Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der psychotherapeutischen Behandlung und Abrechnung verarbeitet. Nachfolgend erkläre/n ich/wir unsere Einwilligung.

1. Zwecke und verarbeitete Datenkategorien

- Behandlungsdurchführung (Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung, Verlaufsdokumentation)
- Praxisorganisation und Terminverwaltung
- Abrechnung und Buchhaltung
- Erfüllung gesetzlicher Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten

Datenkategorien: Stammdaten (Name, Anschrift, Kontaktdaten), Versicherungs-/Rechnungsdaten, Gesundheitsdaten (Befunde, Diagnosen, Therapiedaten).

2. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung: Behandlungsvertrag)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 BDSG (Behandlung im Gesundheitswesen)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (rechtliche Verpflichtungen, z. B. Aufbewahrungspflichten)
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung für optionale Verarbeitung, z. B. elektronische Terminerinnerungen)

3. Empfänger von Daten (nur bei Erforderlichkeit)

- Abrechnungsstellen, Steuerberatung (sofern erforderlich)
- Ärztinnen/Ärzte oder weitere Behandelnde (nur mit gesonderter Schweigepflichtentbindung)
- IT- und Praxissoftware-Dienstleister als Auftragsverarbeiter (DSGVO-konforme Verträge)
- Behörden, wenn eine gesetzliche Pflicht besteht

4. Speicherdauer

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FIRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Die Daten werden gemäß gesetzlicher Vorgaben in der Regel mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt; darüber hinaus nur, soweit gesetzlich erforderlich oder zur Geltendmachung/Abwehr von Ansprüchen notwendig.

5. Rechte der betroffenen Person

Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17, soweit keine Aufbewahrungspflicht entgegensteht), Einschränkung (Art. 18), Datenübertragbarkeit (Art. 20), Widerspruch (Art. 21). Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden; die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt. Beschwerden können an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde gerichtet werden.

6. Einwilligungserklärung

Ich/Wir willige(n) in die beschriebene Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten ein. Mir/Uns ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Unterschrift Patient/in (ab 16)

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF