

## Datenschutzerklärung für Klienten/Patienten

---

Name, Vorname

### **EINWILLIGUNG ZUR DATENERHEBUNG, -VERARBEITUNG UND –NUTZUNG**

Ich bin damit einverstanden, dass

#### **Frau Dr. Andrea Feussner / Praxis für Ernährungstherapie und -beratung**

meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummer oder vergleichbare Daten), erhebt, speichert, nutzt. Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, Sie in allen Angelegenheiten, die Ihrer Gesundheit dienen, optimal und umfassend zu informieren, zu beraten und zu betreuen.

Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Der Unterzeichner bestätigt, das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und erlaubt Dr. A. Feussner folgende Daten zu erfassen und zu speichern:

- **Vorname, Nachname**
- **Anschrift**
- **Geburtsdatum**
- **Geschlecht, Nationalität o Bankdaten**
- **Kontaktdaten(E-MailAdresse,Telefonnummern)**
- **Bei Minderjährigen: Vorname, Name, Anschrift und evtl. Bankdaten der erziehungsberechtigten Person**
- **In bestimmten Fällen werden auch Gesundheitsdaten von Ihnen erhoben und gespeichert**

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung oder Beratung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung oder Beratung nicht erfolgen.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## **EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zum Zweck der weiteren Behandlung und/oder Betreuung.

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung und Beratung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung oder Beratung aufzubewahren.

## **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.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Klient/in*

*(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer Erziehungsberechtigten Person erforderlich)*

## **ZUSATZ**

Auf Grund des Coronavirus sind zur Zeit persönliche Kontakte zu meiden. Damit ich meine Beratung weiterhin anbieten kann, steige ich auf ein Online-Tools um. Für eine Beratung via Video-Chat nutze ich „Zoom“. Zoom ist ein Dienst des US-Anbieters Zoom VideoCommunications. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten via „Zoom“ ist Art. 6 Abs. 1 lit b) DSGVO.

Ich erbringe mit dem Dienst meine Vertraglichen Leistungen, insbesondere eine Beratung via Video-Chat. Mit dem Dienst habe ich einen Auftragsverarbeitungsvertrag geschlossen.  
Der Dienst ist unter dem Privacy Shield zertifiziert.

Ich bitte Sie, die folgende Erklärung zu kopieren und in Ihrer Termin Bestätigung beizufügen.  
„Hiermit erkläre ich mich einverstanden, Zoom Meeting für eine Beratung via Video-Chat zu nutzen. Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.“

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Klient/in*

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer Erziehungsberechtigten Person erforderlich)