**KLIENT\*INNEN-INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

MUSTER FÜR DIE PSZs

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

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

**1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname:

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name:

Anschrift:

Kontaktdaten:

**2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt, Ihrer Sozialarbeiterin / Ihrem Sozialarbeiter bzw. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir erheben.

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

Ferner werden unter Umständen Daten zu Ihrer ethischen Herkunft, politischen Meinung, religiöser oder weltanschaulicher Überzeugung oder sexuelle Orientierung erhoben, sofern dies von Ihnen im Rahmen der Therapie oder der psychosozialen Beratung vorgetragen wird und für die Behandlung oder für die Beratung erforderlich sind.

**3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten, können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und das zuständige Sozialamt, sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfängerinnen und Empfängern, wie z.B. ihrer Anwältin oder Ihrem Anwalt, erfolgt nur dann, wenn Sie eine ausdrückliche Schweigerechtsentbindungserklärung unterschrieben haben.

**4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung und die Beratung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Daten aus dem Behandlungsverhältnis mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

**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 auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer Einwilligung, haben Sie das Recht, die Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall aber eventuell eine Verarbeitung der betreffenden Daten in der Zukunft nicht mehr möglich sein wird.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name:

Anschrift:

**6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Neben der unten stehenden Einwilligungserklärung ist die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden.

Hiermit willige ich (Name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ein, dass besondere Kategorien von Personenbezogenen Daten, wie meine rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugung sowie meine Gesundheitsdaten, Daten zur der sexuellen Orientierung verarbeitet werden, wenn diese im Rahmen der Behandlung durch Herrn / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oder die Beratung durch Herrn / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bekannt werden und für die weitere Behandlung / Beratung erforderlich sind. Die Einschätzung der Erforderlichkeit erfolgt durch das Fachpersonal des Psychosozialen Zentrums.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

UNTERSCHRIFT