

Schriftliche Einwilligung und Aufklärung gemäß DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Bankdaten etc., die alleine zur Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnissen notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Zweck jeglicher Verarbeitung Ihrer Daten sind med. Heilbehandlung, Therapie, Coaching, Beratung und Abrechnung. Es werden keinerlei Werbezwecke o.ä. verfolgt, eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

Die Therapiedokumentation erfolgt handschriftlich auf Papier oder in digitaler Form. Die Speicherung von digitalen Dokumenten erfolgt in verschlüsselter Form über einen Cloud-Anbieter (derzeit: Apple, zusätzlich verschlüsselt mittels "Boxcryptor"). Die Server der Cloud-Anbieter können sich dabei im Ausland befinden.

Ihre Daten werden gemäß Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, denen ich als Arzt unterliege, für mehrere Jahre gespeichert.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich willige ein, dass Herr Dr. Liwschitz-Vapne bei Bedarf wegen Terminen oder gesundheitlichen Belangen per E-Mail mit mir kommunizieren und mir Dateien zusenden darf.

Ich willige ein, dass Herr Dr. Liwschitz-Vapne als mein Arzt meine Kontaktdaten (Name, Vorname, Telefonnummer etc.) in einem digitalen Adressbuch speichert, welches in verschlüsselter Form über einen Cloud-Anbieter (derzeit: Apple) gespeichert und zwischen seinem Mobiltelefon und seinen weiteren digitalen Geräten (z.B. iPad, Notebook) synchronisiert wird. Das Telefonbuch wird darüber hinaus mit Messenger Diensten (WhatsApp, Telegram etc.) synchronisiert.

Ich willige ein, dass Herr Dr. Liwschitz-Vapne als mein Arzt oder Coach meinen Namen und Vornamen, ggf. auch weitere Kontaktdaten zur Terminplanung in einem digitalen Kalender (derzeit: Kalender-App der Fa. Apple und Google) speichert, welcher in verschlüsselter Form über einen Cloud-Anbieter (derzeit: Apple und Google) gespeichert und zwischen seinem Mobiltelefon und seinen weiteren digitalen Geräten (z.B. iPad, Notebook) synchronisiert wird.

Ich willige ein, dass Herr Dr. Liwschitz-Vapne als mein Arzt oder Coach mit mir per Messenger Dienste kommunizieren darf. Dabei ist mir bewusst, dass die Kommunikation über z.B. WhatsApp datenschutzrechtlich bedenklich ist und WhatsApp nicht die datenschutzrechtlichen Mindestanforderungen für medizinische Zwecke erfüllt. Darüber hinaus werden ein Teil der bei der Nutzung von WhatsApp erhobenen Daten von Facebook ausgewertet/genutzt und fließen u.a. in die dortigen Freundschaftsvorschläge ein.

Ich willige ein, dass Herr Dr. Liwschitz-Vapne als mein Arzt oder Coach mit mir per Videokommunikationssoftware wie Zoom oder Skype kommunizieren kann. Dabei ist mir bewusst, dass die Kommunikation über z.B. Zoom datenschutzrechtlich bedenklich ist und Zoom nicht die datenschutzrechtlichen Mindestanforderungen für medizinische Zwecke erfüllt. Während medizinische bzw. psychotherapeutische Beratung per Video uneingeschränkt möglich ist, erfordert Behandlung und/oder Diagnosestellung zumindest einen persönlichen Erstkontakt.

Ich willige ein, dass sämtliche Unterlagen, die zur Erfüllung von Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten nicht vernichtet werden dürfen, im Verlauf digitalisiert werden können.

Ihre Rechte:

Sie sind gemäß §15 DSGVO jederzeit berechtigt, eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Gemäß §17 DSGVO können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen, soweit dies nicht die Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten des Arztes verletzt.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basisstarifen.

Ich habe die schriftliche Einwilligungserklärung gelesen und verstanden und bin mit dem oben genannten einverstanden. Falls ich hierzu Fragen hatte, wurden mir diese beantwortet.

Datum

Unterschrift