

**PRAXIS FÜR OSTEOPATHIE**  
**SABINE SCHÖTTLE (HEILPRAKTIKERIN)**  
**83098 BRANNENBURG**

--	--

**Patient**

**Geburtsdatum**

**- DATENSCHUTZ -**

**AKTENEINSICHTSRECHTE UND VERSCHWIEGENHEIT DES BEHANDLERS**

a) Die Praxis behandelt Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich Diagnose, Inhalt von Beratungsgesprächen, Therapie und weiteren Begleitumständen sowie den persönlichen Verhältnissen des Patienten keine Auskünfte, es sei denn, der Patient stimmt ausdrücklich schriftlich oder in Textform zu. Dies gilt nicht, wenn die Praxis aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist, z. B. eine Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz besteht oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung hin auskunftspflichtig ist. Die Verschwiegenheit der Praxis gilt auch gegenüber Ehegatten, Verwandten und Familienangehörigen, es sei denn, der Patient bestimmt etwas anderes. Die Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Betreuern im Sinne des BGB und auch nicht gegenüber Personensorgeberechtigten für Minderjährige.

b) Die Praxis speichert personenbezogene Patientendaten ausschließlich, soweit dies für Diagnoseberatung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. Die Praxis erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet personenbezogene Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Im Gesundheitsbereich gemäß § 630 g BGB (Dokumentationspflicht) 30 Jahre nach der letzten Behandlung und gemäß der Buchhaltungsvorschriften 10 Jahre nach der letzten Rechnungsstellung.

Gesundheitsbezogene Patientendaten werden erhoben, gespeichert und verarbeitet für die Diagnose, Beratung, soweit es ausschließlich für Diagnose, Beratung und Therapie erforderlich ist. Es gelten die Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung.

Beide Kategorien von Daten kann die Praxis auch verwenden, wenn im Zusammenhang mit Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen die Praxis oder ein Praxismitglied und seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten und Tatsachen entlasten kann. Die Daten werden auch im Interesse der Rechtsverfolgung weitergegeben und gespeichert.

Für alle Datenkategorien hat der Patient das Recht, Auskunft über die ihn gespeicherten Daten bei der Praxis zu erhalten, deren Löschung formlos durch einfache E-Mail zu verlangen bzw. deren Sperrung, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten einer vollständigen Löschung entgegenstehen. Der Patient hat weiterhin das Recht, sich bei der Landesdatenschutzbehörde zu beschweren. Die Praxis kann gespeicherte Daten auch an externe Dienstleister weitergeben, soweit dies zur Durchführung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist, beispielsweise an Rechtsanwälte, Buchhaltungsdienstleister und Steuerberater.

c) Verlangt der Patient eine Abschrift der Patientenakte, so kann diese kostenpflichtig gegen die Kopierkosten gemäß § 630 g BGB erstellt werden. Original-Unterlagen werden nicht herausgegeben.

Brannenburg		
-------------	--	--

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift des Patienten**

## - DATENSCHUTZ -

### VERWENDUNG VON MESSENGER-DIENSTEN ZUR TERMINVERGABE

Smartphone-Messengerdienste wie z.B. Whatsapp oder Facebook Messenger sind zwar praktisch, aus Sicht des Datenschutzes nicht ausreichend gesichert. Darüberhinaus werden Nachrichten vom Anbieter über gewisse Zeit gespeichert und möglicherweise auch ausgewertet.

Terminvergaben über Messengerdienste können nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Patienten getätigt werden.

Der Patient übernimmt hierbei die volle Verantwortung für seine Daten, insbesondere bei einem Hackerangriff. Die Praxis ist von jedweder Haftung ausgeschlossen

Die Kommunikation über Messengerdienste sollte sich auf Termineinbarungen beschränken, Diagnosen oder Beschwerden sollten über diesen Weg aufgrund der Hacker-Angreifbarkeit nicht übermittelt werden.

Ich willige ausdrücklich in die Terminvergabe per Messengerdienste ein:

Brannenburg		
-------------	--	--

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift des Patienten**