

A) Datenschutzinformation nach DSGVO

(zur Aushändigung vor Behandlungsbeginn)

Datenschutzinformation für Patient:innen / Sorgeberechtigte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir ein wichtiges Anliegen. Nachfolgend informiere ich Sie gemäß Art. 13 DSGVO über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung.

1. Verantwortlicher

Dipl.-Päd. Kai Strepp
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Kapfweg 7
88416 Ochsenhausen
E-Mail: kjp.strepp@gmail.com
Telefon: 0172-5683495

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zum Zweck der psychotherapeutischen Diagnostik, Behandlung, Dokumentation, Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten.

3. Art der verarbeiteten Daten

Verarbeitet werden insbesondere:

- Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Diagnosen, Behandlungsverlauf)
- Abrechnungs- und Verwaltungsdaten

4. Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage:

- Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO),
- zur Erfüllung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO),
- sowie aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, § 630f BGB).

5. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausschließlich, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist (z. B. an Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung) oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben.

6. Dauer der Speicherung

Therapieunterlagen werden gemäß gesetzlicher Vorgaben mindestens **10 Jahre** nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.

7. Ihre Rechte

Sie haben jederzeit das Recht auf

- Auskunft über gespeicherte Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung (soweit rechtlich zulässig),
- Widerruf einer erteilten Einwilligung,
- Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

Einwilligungserklärung

Ich habe die Datenschutzinformation erhalten, gelesen und verstanden.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (bzw. der meines Kindes) im beschriebenen Umfang ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient:in

(bei Minderjährigen ab ca. 14 Jahren):

Unterschrift Sorgeberechtigte:r 1:

Unterschrift Sorgeberechtigte:r 2 (falls erforderlich)