

Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch

Inhaber: Torsten Petsch

Leopoldstraße 59· 80802 München

Telefon: +49 160 7965866

E-Mail: info@psychotherapie-torsten-petsch.com

Web: www.psychotherapie-torsten-petsch.com

EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG (DSGVO)

für die psychotherapeutische Behandlung in einer Privatpraxis

Name des Patienten / der Patientin	
Geburtsdatum	
Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)	
Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen)	
Patient (ab 16 Jahre)	

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass die Praxis personenbezogene Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der psychotherapeutischen Behandlung und Abrechnung verarbeitet. Nachfolgend erkläre/n ich/wir unsere Einwilligung.

1. Zwecke und verarbeitete Datenkategorien

- Behandlungsdurchführung (Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung, Verlaufsdokumentation)
- Praxisorganisation und Terminverwaltung
- Abrechnung und Buchhaltung
- Erfüllung gesetzlicher Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten

Datenkategorien: Stammdaten (Name, Anschrift, Kontaktdaten), Versicherungs-/Rechnungsdaten, Gesundheitsdaten (Befunde, Diagnosen, Therapiedaten).

2. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung: Behandlungsvertrag)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 BDSG (Behandlung im Gesundheitswesen)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (rechtliche Verpflichtungen, z. B. Aufbewahrungspflichten)

- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung für optionale Verarbeitung, z. B. elektronische Terminerinnerungen)

3. Empfänger von Daten (nur bei Erforderlichkeit)

- Abrechnungsstellen, Steuerberatung (sofern erforderlich)
- Ärztinnen/Ärzte oder weitere Behandelnde (nur mit gesonderter Schweigepflichtentbindung)
- IT- und Praxissoftware-Dienstleister als Auftragsverarbeiter (DSGVO-konforme Verträge)
- Behörden, wenn eine gesetzliche Pflicht besteht

4. Speicherdauer

Die Daten werden gemäß gesetzlicher Vorgaben in der Regel mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt; darüber hinaus nur, soweit gesetzlich erforderlich oder zur Geltendmachung/Abwehr von Ansprüchen notwendig.

5. Ihre Rechte

- Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) – soweit anwendbar
- Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde
- Widerruf einer erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft

6. Optionale Einwilligungen (freiwillig)

Ich/Wir willigen ein, zu Termin- und Organisationszwecken kontaktiert zu werden über:

- SMS: _____
- Telefon: _____

Hinweis: Elektronische Kommunikation kann trotz Schutzmaßnahmen kein vollständiges Risiko ausschließen. Diese Einwilligungen sind freiwillig und jederzeit widerruflich.

7. Widerruf

Ich/Wir können diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Ort, Datum:	
Unterschrift Sorgeberechtigte/r:	
Unterschrift Sorgeberechtigte/r:	
Unterschrift Patient/in (ab 16 Jahren):	

Hinweis: Für Auskünfte zur Datenverarbeitung wenden Sie sich bitte an die Praxis (Kontaktaten siehe Kopfzeile).