

## Einverständniserklärung zum Datenschutz

Name Patient*in	
Name der Eltern (bei Minderjährigen)	
Geburtsdatum	

### Datenverarbeitung :

Ich lege grossen Wert auf Ihre Privatsphäre und verpflichte mich, die Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten zu gewährleisten. Nachfolgend werden Sie darüber informiert, wie Ihre Daten von meiner Praxis erhoben, gespeichert und weitergegeben werden. Zusätzlich werden Sie über Ihre Rechte informiert, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

### Datenerhebung und Zweck der Bearbeitung:

Es werden nur solche Daten von Ihnen erhoben und bearbeitet, die mit der therapeutischen Behandlung im Zusammenhang stehen oder die für eine Information über allfällige Angebote relevant sind. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Daten, die ich mit ihrem Einverständnis aufgenommen habe, die Sie mir haben zukommen lassen oder die in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen (Telefonbuch etc.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Name, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit/zum Krankheitsverlauf, bereits gestellte Diagnosen und gegebenenfalls weitere Daten sein, welche Sie mir aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).

Wenn Sie mich zwecks Terminbuchungen per E-Mail (praxis@tamaraluetold.ch) oder SMS (076 451 36 36) kontaktieren, werden ihre E-Mailadresse bzw. die Telefonnummer inkl. der von Ihnen übermittelten Informationen unverschlüsselt übermittelt. Wenn Sie das Kontaktformular auf der Website tamaraluetold.ch nutzen, werden Ihre Angaben aus dem Anfrageformular inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten, zwecks Bearbeitung der Anfrage, ebenfalls unverschlüsselt übermittelt. Diese Daten werden nur zur Bearbeitung der Kontaktanfrage genutzt und dann bei Beginn der Therapie innerhalb des Dossiers abgelegt und für allfällige Kontaktaufnahmen v.a. bezüglich Terminen und der Rechnungstellung verwendet. Kommt keine Zusammenarbeit zustande, werden die Daten nicht weiter verwendet.

Die schriftliche Kommunikation zwischen mir und Ihnen findet in einzelnen Situationen per E-Mail oder SMS statt. Diese Kommunikation ist unverschlüsselt. Das Handy ist mit einem Code geschützt. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift beim ersten Besuch nach dem 1.9.2023, dass Sie darüber in Kenntnis gesetzt wurden.

Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patient\*innendossier, resp. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen App. In diesen beiden Aufbewahrungsorten sind sämtliche an Ihren Daten vorgenommenen Bearbeitungsschritte inklusive der verantwortlichen Personen nachvollziehbar.

Ihre personenbezogenen Daten gebe ich ausschliesslich an Personen oder Bereiche meiner Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten.

**Datensicherheit:**

Ich nehme die Sicherheit Ihrer Daten ernst und habe entsprechende technische und organisatorische Massnahmen getroffen, um diese vor unbefugtem Zugriff, Offenlegung oder Verlust zu schützen. Der Zugriff auf Ihre Daten ist ausschliesslich mir vorbehalten.

**Datenaustausch mit Software von Drittanbietern:**

Um Patientenakten effizient zu verwalten und Abläufe zu optimieren, nutze ich zur Verwaltung der Praxis ausgewählte Software-Lösungen von Drittanbietern (iTherapeut, Radar Opus, Sanasearch Online Buchung, Google Calendar). Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklären Sie sich damit einverstanden, dass ich Ihre Daten in meiner Praxissoftware bearbeiten und speichern werde. Ich habe seriöse Softwareanbieter ausgewählt, die auch die Datenschutzbestimmungen einhalten.

**Dauer der Aufbewahrung:**

Ihre Patientendaten werden während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Nach diesem Zeitraum werden Ihre Daten mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder ohne Ihren Gegenbericht sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**Verantwortlichkeiten:**

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist diese Therapiepraxis.

**Patientenrechte:**

Sie haben bestimmte Rechte in Bezug auf Ihre Daten, einschliesslich des Rechts auf Zugriff, Berichtigung oder Löschung Ihrer personenbezogenen Daten innert 30 Tagen. Wenn Sie eines dieser Rechte ausüben möchten, kontaktieren Sie mich bitte über die unten angegebenen Kontaktdaten.

**Einwilligung zur Datenverarbeitung:**

Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklären Sie, dass Sie die Datenverarbeitungspraktiken dieser Praxis gelesen und verstanden haben und dass Sie der Erhebung und Verarbeitung Ihrer persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten, wie in diesem Dokument beschrieben, ausdrücklich zustimmen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*in (bei Kindern: Elternteil): \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich des Weiteren, dass ich eine Kopie dieser Datenverarbeitungsvereinbarung erhalten habe.