

ANMELDEBOGEN

Datum

Name Vorname

Straße

PLZ/Ort.

geb. am.

privat. mobil

AB/Mailbox kann besprochen werden: Ja nein

@ E-Mail

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis über elektronische Kommunikationswege (z. B. E-Mail, SMS, Instant-Messaging-Dienste) zu kommunizieren. Ich bin mit der Korrespondenz und der Übermittlung von Daten über diese Wege einverstanden. Mir ist bekannt, dass dabei personenbezogene Daten übermittelt werden können und dass ein vollständiger Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte nicht gewährleistet ist. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte ankreuzen):

SMS/Instant-Messaging-Dienste E-Mail

Hausarzt

Facharzt

Krankenkasse

Grund d. Anmeldung

Frühere Behandlungen

Termine möglich

- Vormittags MO DI MI DO FR von bis Uhr
- Nachmittags MO DI MI DO FR von bis Uhr
- Immer/Flexibel

DATENSCHUTZ IN UNSERER PRAXIS

In unserer Praxis haben Schweigepflicht und Datenschutz höchste Priorität. Wir erfassen nur notwendige personenbezogene Daten und gehen verantwortungsvoll damit um. Hier dazu einige Informationen¹:

Zweck der Datenerhebung

Wir erheben Daten, die für die Behandlung notwendig sind. Dazu zählt die Anamnese, Diagnosen, Befunde, Therapievorschlüsse und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder uns andere Psychotherapeuten*innen bzw. Ärzte*innen zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden dabei beachtet.

Weitergabe von Daten

Ihre Daten werden nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung bzw. Schweigepflichts-entbindung oder bei gesetzlicher Verpflichtung an Dritte weitergegeben (z. B. Krankenkassen zur Abrechnung).

Speicherung

Alle Daten werden mindestens 10 Jahre nach Ihrer letzten Behandlung gesichert aufbewahrt und anschließend sicher vernichtet.

Ihre Rechte

Sie können Ihre erteilte Schweigepflichts-entbindungen jederzeit widerrufen und Auskunft, Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständige Datenschutzbehörde: https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Anschriften/anschriften_table.html.¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehenden Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben. Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der psychologischen Diagnostik und ggf. psychotherapeutischen Behandlung ein.

Ort/Datum

Unterschrift