

## Anlage 1 zum Behandlungsvertrag

### Hinweise zur Datenverarbeitung

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Ihnen in diesem Zusammenhang zustehen.

#### 1. Verantwortliche:r für die Datenverarbeitung

besser altern – Praxis für Ergotherapie mit Lotsenfunktion  
Salome Benkel  
Hermann-Köhl-Straße 3, 93059 Regensburg  
0151-64662274  
info@besseraltern.de

#### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (beispielsweise Therapieverläufe). Zu diesen Zwecken können mir auch verordnende Ärzt:innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in ärztlichen Briefen, Verordnungen, etc.).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

#### 3. Empfänger:innen der Daten

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger:innen Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ihre verordnenden Ärzt:innen, andere Therapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der

Medizinische Dienst der Krankenversicherung und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger:innen.

Die Praxissoftware, mit welcher die Daten verarbeitet werden:

iPrax Systems

Claudius-Keller-Str. 3c

81669 München

Deutschland

Telefon: (089) 41 61 56 51-0

Telefax: (089) 41 61 56 53

E-Mail: [service@iprax-systems.com](mailto:service@iprax-systems.com)

Website: [www.iprax-systems.com](http://www.iprax-systems.com)

Die Abrechnungsfirma, bei welcher die Rezepte eingehen:

rfhm GmbH

Claudius-Keller-Str. 3c

81669 München

Telefon: 089 21 54 00 10

E-Mail: [service@rfhm.de](mailto:service@rfhm.de)

Webseite: [www.rfhm.de](http://www.rfhm.de)

#### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Prof. Dr. Thomas Petri

Wagmüllerstraße 18, 80538 München, Postalisch: Postfach 22 12 19, 80502 München  
089 212672-0 poststelle@datenschutz-bayern.de

## 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Ich habe die Informationen gelesen und willige der Datenverarbeitung zu. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung widerrufen kann.

---

Datum/Ort Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Ich stimme einer Kommunikation per SMS und/oder E-Mail zu.

---

Datum/Ort Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient:in:

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Straße/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe von personen-/ und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt/Psychotherapeuten, von abrechnungsbezogenen Daten nur an die Krankenkasse und das Abrechnungszentrum.

1. Ich entbinde die Praxis besser altern, demnach Frau Salome Benkel, von der Schweigepflicht, folgenden Stellen/Personen gegenüber

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten, Unterlagen an o.g. Person/en übermittelt werden können: \_\_\_\_\_

3. Ich bin damit einverstanden, dass die unter Punkt 2 aufgeführten Daten für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen:

- Abrechnung über Abrechnungsfirma rfm GmbH, Claudius-Keller-Str. 3c, 81669 München
- Praxisverwaltungssoftware iPrax Systems, Claudius-Keller-Str. 3c, 81669 München
- Für den interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit \_\_\_\_\_
- Für den Medizinischen Dienst meiner Krankenkasse
- Andere Gründe \_\_\_\_\_

4. Dauer der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

- Die Entbindung von der Schweigepflicht ist unbefristet oder gültig bis zum \_\_\_\_\_
- Die Entbindung ist nur für \_\_\_\_\_ gültig.

5. Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten