

## Anmeldung Praxis Wortschatz

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

### Mögliche Zeiten für einen Therapieplatz:

MO	DI	MI	DO	FR

Die Therapie kann auch als **Gruppenbehandlung** durchgeführt werden?

Ja  Nein

Die Praxis darf Sie per Mail, Telefon, SMS, Messenger „Signal“ oder per Post **kontaktieren**?

Ja  Nein

Es dürfen im Rahmen der Therapie **Foto-/Audio- & Videoaufnahmen** gemacht werden?

Ja  Nein

Es darf auch **telemedizinische Therapie** durchgeführt werden?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Datenschutz**

Sehr geehrte Patient\*innen,

uns ist der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten von Ihnen erhebt, speichert und weiterleitet. Diese Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

### **1. Verantwortung für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Logopädische Praxis Wortschatz  
Bahnhofstraße 55, 15806 Zossen  
info@wortschatz-zossen.de

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben. Es werden nur die Daten verarbeitet, die notwendig sind, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis Wortschatz und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Zu diesem Zweck verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählt Name, Adresse, Geburtsdatum, die Verordnung vom Arzt, gegebenenfalls mit weiterführenden Diagnostiken, Diagnosen, Behandlungsplänen und Verlaufsdokumentationen, Therapieberichten an den Arzt.

Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Ohne die Bereitstellung der erforderlichen Daten, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

### **3. Weitergabe Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Krankenkassen, ihr behandelnder Arzt oder Abrechnungsunternehmen *opta data Finance GmbH* sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten sprachtherapeutischen Leistungen, zur Klärung von medizinischen, sich aus der Verordnung oder Behandlung ergebenden Fragen, sowie zur Klärung von sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

#### **4. Datenspeicherung**

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie es für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir jedoch dazu verpflichtet, Ihre Gesundheitsdaten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

#### **5. Ihre Rechte**

Sie haben ein Recht Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Bei unrichtigen Daten können Sie die Berichtigung der fehlerhaften Daten verlangen.

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

Da die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Basis gesetzlicher Regelungen erfolgt, benötigen wir nur in Ausnahmefällen Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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

#### **6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Rechtsgrundlage für die Aufbewahrung der vollständigen Patientenakten ist § 630f BGB.

---

Ort, Datum

Unterschrift