

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig.

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

- Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen OPTICA-Abrechnungszentrum/Dr. Güldener GmbH vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind.
- Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen per E-Mail nutzen wollen, wird Ihre E-Mail Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.
- Für die Terminvergabe benutzen wir ein Praxisverwaltungsprogramm. Bei Anfragen zu Terminen müssen wir Ihre Daten hierfür speichern. Sollten es zu keinen Behandlungen kommen, dann werden wir Ihre Daten entsprechend der neuen Datenschutzverordnung umgehend löschen.

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO

**Name und Anschrift Praxisinhaber:**

Sabine & Jörn Klingenspor, Inh.: Jörn Klingenspor  
Praxis für MT (OMT) & Physiotherapie  
Hittfelder Schulstr. 10  
21218 Seevetal

**Datenschutzbeauftragter:**

Sabine Klingenspor  
Hittfelder Schulstr. 10  
21218 Seevetal

---

Seevetal, den \_\_\_\_\_ (Bitte Datum eintragen.)

Ich, (Vorname, Nachname, Geb.-Dat), \_\_\_\_\_  
bin mit den zuvor genannten Verarbeitungsprozessen meiner Daten einverstanden.  
**(Bitte in Druckbuchstaben leserlich schreiben!)**

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Patient)