**Auskunftserteilung Patient**

**Auskunft nach Artikel 15 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Sie haben um Auskunft darüber gebeten, welche Daten wir zu Ihrer Person gespeichert haben.

Hierzu möchten wir Ihnen gerne folgende Informationen geben:

* Sie sind bei uns als Patient/in erfasst.
* Die über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte der beigefügten Tabelle (**Anlage**).

Eine Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch unsere Praxis dient folgenden Zwecken:

* Erfassung und Verarbeitung von Patientendaten zur Erfüllung des Behandlungsvertrags
* Patientenkommunikation

Die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gegenüber Dritten erfolgt ausschließlich mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung, z. B. Datenweitergabe an ein Labor oder einen mitbehandelnden Heilpraktiker. Soweit erforderlich werden Abrechnungsdaten dem einer gesetzlichen Schweigepflicht unterliegenden Steuerberater der Praxis und ggf. dem Finanzamt bei Steuererklärungen weitergeleitet.

Auch ohne eine besondere Aufforderung durch unsere Patienten kommen wir selbstverständlich unseren Verpflichtungen zum Löschen personenbezogener Daten nach. Für die Speicherung gesundheitsbezogener Daten bestehen verlängerte gesetzliche Fristen. Ob mit oder ohne Einverständnis des Patienten müssen die gesundheitsbezogenen Daten 10 Jahre nach Behandlungsende gespeichert bleiben. Die Zeitrechnung ist gesetzlich vorgeschrieben und beginnt am 31.12. des Jahres, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde.

Sollten Sie der Auffassung sein, dass die Bearbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten durch uns unrechtmäßig erfolgt, können Sie sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

………………………………………………………………………………………………

(Kontaktdaten der Aufsichtsbehörde/des Datenschutzbeauftragten)

Weitere Rechte entnehmen Sie bitte der beigefügten Datenschutzinformation (**Anlage**).

Bitte prüfen Sie, ob alle Daten korrekt erfasst sind. Wir bitten Sie, uns ggf. erforderliche Änderungen mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen

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

(Heilpraktiker/-in) **2 Anlagen**

**Anlage: Auskunft Patientendaten**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Behandlungsbeginn in unserer Praxis**  |  |
| **Rechnungsanschrift****Name****Vorname****Straße/ Hausnummer****PLZ****Ort** |  |
| **Kontaktdaten** |  |
| **Festnetz** |  |
| **Mobil** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Sonstiges** |  |
| **Hausarzt** |  |
| **Abrechnungsart** |  |
| **Krankenversicherung** |  |
| **Gesetzliche Behandlungs- dokumentation nach** **§ 630f BGB** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |