

## INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir als Praxisleitung sowie jeder auf selbständiger Basis im Kitz19 tätigen Therapeutin wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir als Therapeuten Ihre Daten erheben, speichern oder weiterleiten.

### Elektronische / handschriftliche Datenerfassung

Folgende Daten werden zur Verwaltung bzw. Dokumentation (Dokumentationspflicht laut MTD-Gesetz §11a, 11b, 11c) der erbrachten therapeutischen Leistung elektronisch / handschriftlich erfasst und gespeichert.

- Vorname, Nachname
- Geburtsdatum
- Sozialversicherungsnummer, Krankenkasse
- Adresse, Telefonnummer
- Zuweisende/r Ärztin/Arzt
- Diagnose
- Therapietermine
- Therapeutische Informationen wie Therapieziele, Therapieverlauf und Therapieplanung
- Vorhergehende Befunde z.B. Arztbrief

### Datenaustausch

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können ÄrztInnen, andere TherapeutInnen oder Krankenkassen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, interdisziplinären Vernetzung oder zur Klärung von medizinischen Fragen.

### Speicherung ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben, bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die *Berichtigung*<sup>1</sup> unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf *Löschung*<sup>2</sup> von Daten (sofern keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht), das Recht auf *Widerspruch*<sup>3</sup>, wenn Ihre Daten aus einem „begründeten Interesse“ verwendet werden, das Recht auf *Einschränkung*<sup>4</sup> der Datenverarbeitung sowie das Recht auf *Datenübertragbarkeit*<sup>5</sup> zu.

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<sup>6</sup>.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080**

Herzliche Grüße,  
Ihre behandelnden Therapeuten

<sup>1</sup> Art. 16 DSGVO

<sup>2</sup> Art. 17 DSGVO

<sup>3</sup> Art. 21 DSGVO

<sup>4</sup> Art. 18 DSGVO

<sup>5</sup> Art. 20 DSGVO

<sup>6</sup> § 24 Österr. Datenschutzgesetz

## Einwilligung in die Datenübermittlung und -verarbeitung

Ich erteile hiermit aus freien Stücken meine ausdrückliche Einwilligung, dass oben genannte, meine Person betreffende Daten bis zu meinem Widerruf (gem. Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

seitens der Praxisleitung KiTZ19 an eine zuständige Therapeutin übermittelt werden dürfen.

### seitens der behandelten Ergotherapeutin Daten auch an:

Bildungseinrichtungen \_\_\_\_\_ (Kindergarten / Schule)

TherapeutInnen \_\_\_\_\_ (Name)

ÄrztInnen \_\_\_\_\_ (Name) zum Zweck der interdisziplinären Zusammenarbeit und zum Abklären medizinischer Fragestellungen übermittelt werden dürfen.

Ich möchte per Mail über Neuigkeiten im KiTZ19 informiert werden. Meine Email-adresse lautet: \_\_\_\_\_.

Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken Videoaufnahmen während der Therapieeinheiten aufgenommen werden können. Diese werden verschlüsselt gespeichert.

Ich bin damit einverstanden meine Honorarnote gegebenenfalls per Mail zu erhalten. Jene diesbezüglich zu verwendende Email Adresse wird von mir wie folgt genannt: \_\_\_\_\_

Ich wurde außerdem seitens meiner behandelten Ergotherapeutin darüber informiert, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Bitte beachten Sie, dass eine Übermittlung von Daten soweit über den vorab festgelegten Rahmen hinausgehend, uns als Therapeuten aus gesetzlichen Gründen nicht gestattet ist.

### PatientIn bzw. gesetzliche/r VertreterIn:

\_\_\_\_\_  
Name in Blockschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

---

*Ich nehme zu Kenntnis, dass sämtliche in den Räumlichkeiten von KiTZ19 eingemieteten Therapeutinnen weisungsfrei von der Praxisleitung sowie auf eigene Rechnung und Verantwortung tätig sind. Dies gilt sowohl im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit wie auch hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen der mit 25.05.2018 in Kraft getretenen Datenschutzgrundverordnung.*