



Lea Mischendahl-Al Saadi | Heilpraktikerin  
**GANZHEITLICHE URSACHENMEDIZIN**  
orthomolekulare & mitochondriale Therapie

### **Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO**

Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie über die in meiner Praxis erhobenen Daten zu informieren, den Zweck der Datenverarbeitung zu nennen und sie über ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz aufzuklären.

#### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1a DS-GVO)**

Praxis für ganzheitliche Ursachenmedizin, Lea Mischendahl-Al Saadi, Heilpraktikerin  
Peterstraße 2-4, 52062 Aachen, Tel.: 0177 / 6912427, Mail: [hp@ganzheitliche-ursachenmedizin.de](mailto:hp@ganzheitliche-ursachenmedizin.de)

#### **Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1c DSGVO)**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir als Heilpraktiker erfüllen zu können.

Bei den erhobenen personenbezogenen Daten handelt es sich unter anderem um ihre Kontaktdaten, das Geburtsdatum, den Leistungsträger sowie ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen unter anderem Diagnosedaten, Befunde und Therapievorschlüsse. Diese Daten werden auch zum Zweck der Abrechnung mit externen Versicherungen und Zahlungsdienstleistern verwendet.

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Kontaktdaten ist im Art. 6 Abs. 1b DSGVO (Vertragserfüllung) begründet. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ergibt sich aus dem Art. 9 Abs. 2a DSGVO (Einwilligung).

#### **Datenübermittlung an Dritte (Art. 13 Abs. 1e DSGVO)**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem externe Versicherungen und Zahlungsdienstleister sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

#### **Übermittlung in Drittländer (Art. 13 Abs. 1f DSGVO)**

Es erfolgt keine Übermittlung in ein Drittland.

#### **Speicherdauer gemäß gesetzlicher Aufbewahrungspflichten (Art. 13 Abs. 2a DSGVO)**

Ihre personenbezogenen Daten werden nur gespeichert, solange die Kenntnis der Daten für die Zwecke, für die sie erhoben worden sind, erforderlich ist oder gesetzliche sowie vertragliche Aufbewahrungsvorschriften bestehen.

## **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch (Art. 13 Abs. 2b DSGVO)**

Als Betroffene/r haben Sie jederzeit das Recht auf Auskunft und Berichtigung. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung, sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Bitte wenden Sie sich hierzu an den Verantwortlichen unter den angegebenen Kontaktdaten.

## **Beschwerderecht (Art. 13 Abs. 2d DSGVO)**

Als Betroffene/r können sie sich bei Beschwerden jederzeit an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden.

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211 / 38424-0, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de), Internet:

[www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

## **Einwilligungserklärung**

Hiermit erteile ich \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis für ganzheitliche Ursachenmedizin, Peterstrase 2-4, 52062 Aachen.

### **Hiermit bestätige ich Folgendes:**

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

## **Einwilligung Kontaktaufnahme (Art. 7 DSGVO)**

Ich bin damit einverstanden, Patienteninformationen und Laborbefunde per E-Mail zugesendet zu bekommen.  
Der Versand erfolgt verschlüsselt.  
Zur Verschlüsselung wird jedes Mal ein neues Passwort verwendet, welches mir parallel per SMS mitgeteilt wird.

Ich bin zudem damit einverstanden, die Behandlungsrechnung per E-Mail zu erhalten. Der Versand erfolgt unverschlüsselt als E-Mail Anhang.

Eine Kopie dieses Dokumentes habe ich per E-Mail erhalten.

Aachen, den \_\_\_\_\_

*Datum*

\_\_\_\_\_

*Unterschrift Patient/in*