**Praxis für Schmerztherapie**

 **Heike Schwab**

 Heilpraktikerin

Schmerz- und Bewegungstherapeutin

Telefon: 0176 43 97 68 45

info@praxisschwab.com

**Datenschutzerklärung**

**1. Verantwortlichkeit für die Datenschutzerklärung**

Heilpraktikerin Heike Schwab – Sachsentor 22 – 21029 Hamburg – Telefon: 017643976845

**2. Ihre personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefon/Handynummer) werden von mir für Terminabsprachen, Rückfragen, den Behandlungsvertrag und für Rechnungsstellungen benötigt. Das Geburtsdatum wird nur für die Rechnungsstellung an Beihilfe und private Krankenversicherung benötigt. Die E- Mail Adresse ist erforderlich, wenn Sie eine Kontaktaufnahme auf diesem Wege wünschen.

Alle personenbezogenen Daten vermerke ich handschriftlich in Ihrer Patientenakte und trage sie zusätzlich in eine passwortgeschützte Abrechnungstabelle von Soliprax ein. Diese befindet sich auf meinem passwortgeschütztem Rechner im Praxisraum. Dieser während meiner Abwesenheit verschlossen ist.

Wenn Sie mich auf meinem Telefon anrufen, speichere ich Ihre Telefonnummer – falls diese angezeigt wird- unter Ihrem Namen im jeweiligen Adressbuch. So sehe ich zukünftig, wenn Sie angerufen haben und kann vor dem Rückruf Ihre Patientenakte für Notizen bereitlegen.

**3. Ihre gesundheitsbezogenen Daten**

Damit ich Sie effektiv behandeln kann und auch aus Haftungsgründen, notiere ich Ihre gesundheitsbezogenen Daten handschriftlich in Ihrer Behandlungsakte. Hierzu zählen Ihre Beschwerden, Operationen, Unfälle, Krankheitsdiagnosen, Medikamentengebrauch, Behandlungsintervalle- und inhalte und Ihre Reaktion auf diese. Außerdem notiere ich die Übungen und Hinweise, die ich Ihnen gegeben habe und welche davon Sie umsetzen und welche Ihnen helfen.

**4. Ihre privaten Zusatzinformationen**

Um das Behandlungskonzept Ihrer Persönlichkeit, Ihren Lebenserfahrungen und – umständen anzupassen, notiere ich außerdem private Zusatzinformationen in Ihrer Akte. Hierzu zählen: familiäre Situation, Beruf, Bewegungsprofil, Genussmittel und Ernährung, andere behandelnde Therapeuten, relevante Lebensereignisse.

**5. Abrechnungen**

Bar bezahlte und überwiese Beträge trage ich in Ihre Patientenakte ein. Die Beträge übertrage ich mit dem jeweiligen Datum und Ihrem Namen in mein Kassenbuch, das ich bei Aufforderung einem Finanzbeamten zur Durchsicht zur Verfügung stelle.

**6. Termindaten**

Bei telefonischer Terminanfrage, trage ich Ihren Namen und Uhrzeit in meinen Terminkalender ein. Außerdem notiere ich bei einem Ersttermin die Telefonnummer und die Hauptbeschwerden.

Für die Online-Terminbuchung nutze ich die Buchungsplattform für Ärzte; Doctena. Diese ist passwortgeschützt und weist bei Buchung nochmals auf den Datenschutz hin. Die Daten dienen auch auf diesem Weg den nur oben genannten Zwecken.

**7.Ihre Patientenakte**

Ihre Patientenakte lagert in einem abschließbaren Schrank in meiner Praxis.

**8.Verschwiegenheitspflicht**

Als Heilpraktikerin unterliege ich einer Verschwiegenheitspflicht, die ich in Rahmen meiner Berufsordnung einhalte. Anders als Ärzte bin ich gesetzlich nicht berechtigt, Staatsanwaltschaften, Gerichten oder anderen befugten Behörden Auskünfte bezüglich Ihrer Daten zu verweigern. Falls Auskünfte von mir gefordert werden, nehme ich als erstes Kontakt zu Ihnen auf. Zur Verschwiegenheitspflicht zählt auch die Information, dass sie überhaupt bei mir in Behandlung sind. Daher machen Sie mich bitte aufmerksam, falls ich bei einer Kontaktaufnahme jemanden erreichen könnte, der nicht wissen soll, dass Sie bei mir in Behandlung sind.

**9. Ihre Rechte**

Sie können all Ihre Daten bei mir einsehen, die Datenverarbeitung einschränken oder Daten löschen lassen (mit einer schriftlichen Erklärung; über die gleichzeitig Aufgabe aller Haftungsansprüche) Auch können Sie bestimmen, dass eine dritte Person Einblick in Ihre Daten erhalten soll.

**10. Ihre Erreichbarkeit**

Wie möchten Sie, dass ich zwecks Terminabsprachen und Rückfragen mit Ihnen Kontakt aufnehme:

\_\_\_ per Festnetz unter folgender Nummer: siehe oben oder\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ per Handy unter folgender Nummer: siehe oben oder\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_per Whats app unter folgender Nummer: siehe oben oder\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ per E- Mail an folgende E- Mail Adresse: siehe oben oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin telefonisch besonders gut erreichbar zu folgenden Zeiten:

**11. Einschränkungsmöglichkeit**

\_\_\_ Ich bin mit der beschriebenen Handhabung bezüglich meiner Daten einverstanden.

\_\_\_ Ich möchte gerne folgende Einschränkungen bezüglich meiner Daten machen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Handhabung meiner Daten verstanden und unter Beachtung meiner Einschränkungen akzeptiere.

Hamburg, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ihr Name lesbar geschrieben Ihre Unterschrift