

## Einwilligung in die Datenschutzbedingungen

zwischen Herr Max Mustermann, geb. 1.1.1900  
und der ITZ Management GmbH (Interdisziplinäres Therapie Zentrum Euskirchen)

Sehr geehrter Max Mustermann,

im Rahmen einer fachgerechten Heilmittel- und Komplementärmedizinischentherapie sind wir gesetzlich verpflichtet den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. Hierzu ist es nötig Daten zu erfassen und zu verarbeiten. Die gesammelten Daten unterliegen natürlich der Schweigepflicht, der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und werden von diesem Zentrum entsprechend vertraulich behandelt.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung zwingend erforderlich.

### Erhebung und Speicherung:

Sie gestatten der oben genannten Einrichtung im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies kann in schriftlicher und bildlicher Form erfolgen. Diese Daten werden EDV-gestützt gespeichert und gesichert.

### Auskunftsrecht:

Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Therapiezentrum.

### Aufbewahrungsfrist:

Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Danach werden die Daten gemäß der gesetzlichen Regelungen gelöscht.

### Datenweitergabe:

Die erforderlichen Daten zur ordnungsgemäßen Abrechnung Ihrer bezogenen Leistung, können an ein von uns beauftragtes/n Abrechnungszentrum, Steuerberater und Finanzamt weitergegeben werden. Ebenso können von uns Daten an Ihren behandelnden Arzt weitergegeben werden. Zur interdisziplinären Versorgung können benötigte Daten an andere Versorger (z.B. Orthopädietechniker, Heilpraktiker, etc.) weitergegeben werden.

### Wiederruf:

Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

### Einwilligung:

Ich habe die obigen Sachverhalte verstanden und bin mit den Datenschutzbedingungen einverstanden.

Euskirchen, den

---

Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter