



Therapiesitzungen sowie Befunde, Protokolle und Diagnosen, die während der Therapie erarbeitet oder durch andere Behandler zur Verfügung gestellt werden.

#### *Empfänger der Daten*

Wir übermitteln Ihre Daten grundsätzlich nicht an Dritte, sofern Sie einer Weitergabe nicht ausdrücklich zugestimmt haben. Davon gibt es gesetzlich nur wenige Ausnahmen, die den Schutz von Ihnen, von anderen oder eines höherwertigen Rechtsguts betreffen. Sie gestatten uns hiermit, Ihre Kontaktdaten für organisatorische Zwecke zu nutzen sowie uns mit Ihren externen Kostenträgern zum Zweck der Kostenerstattung auszutauschen.

#### *Speicherung der Daten*

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, mindestens zehn Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt und durch geeignete Systeme geschützt.

#### *Ihre Rechte*

Sie können erteilte Schweigepflichtsentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerkten Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen. Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes.

#### *Mitbehandler*

Ich erteile Schweigepflichtsentbindungen zur Einholung von Behandlungsberichten von folgenden Behandlern:

#### *Gruppentherapie*

Sofern Sie an einer Gruppentherapie teilnehmen, verpflichten Sie sich zu absoluter Verschwiegenheit im Hinblick auf alle personenbezogenen Daten (z.B. Namen oder mündliche Aussagen) anderer Patienten.

#### *Forschung*

Optional können Sie anonymisierte Daten für Forschungszwecke der Praxis zur Verfügung stellen. Dies betrifft ausschließlich Fragebogendaten und Diagnosen. Möchten Sie das tun? Ja ( ) Nein ( )

Hiermit erkläre ich mich mit dem vorliegenden Therapievertrag einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift