

Einwilligungserklärung und Datenschutzinformationen

Dieses Informationsblatt und die nachfolgende Einwilligungserklärung geben Ihnen einen verständlichen Überblick darüber, wie Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Psychotherapie erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, und informieren Sie über Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Verantwortliche Person:

Lukas Höllersberger, Psychotherapeut
Andreas Hofer Straße 34
6020 Innsbruck

Kontakt:

0670 55 54 333

lukas@psychotherapie-hoellersberger.at

Hiermit willige ich ausdrücklich in die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch meinen Therapeut für den Zeitraum des Behandlungsverhältnisses und in jenem Umfang ein, der für die ordnungsgemäße psychotherapeutische/klinisch-psychologische Behandlung erforderlich ist:

- Administrativ notwendige Daten: Rechnungsanschrift, erbrachte Leistungen, Rechnungen, Zahlungsbelege
- Persönliche Daten: Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse
- Gesundheitsbezogene Daten: Versicherungsangaben, Anamnese, Befunde, Diagnosen, Rezepte, Fragebögen, Therapiematerial Überweisungen, Behandlungsverlauf, Dokumentation

Für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wird unter anderem die österreichische Praxissoftware freudio (Float Plattform FlexCo, Wien) verwendet. Diese Software gewährleistet durch modernste Verschlüsselungstechnologien und regelmäßige Sicherheitsupdates den Schutz der personenbezogenen Daten. Die Daten werden verschlüsselt gespeichert und ausschließlich in der EU verarbeitet.

Ich stimme im Fall von Gemeinschaftspraxen (Zusammenarbeit mehrerer selbstständiger Psycholog:innen oder Therapeut:innen), Supervision oder fachlicher Konsultation zu, dass meine behandlungsrelevanten Daten an die beteiligten Fachkräfte weitergegeben werden dürfen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Verschwiegenheitspflicht

Alle Informationen, die Sie im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie anvertrauen, unterliegen der psychologischen Verschwiegenheitspflicht (§ 37 Psychologengesetz 2013).

Aufbewahrungsfristen und gesetzliche Pflichten

Mir ist bewusst, dass Psychotherapeut:innen und Klinische Psycholog:innen nach dem Psychotherapiegesetz (§ 16a Abs. 3) bzw. Psychologengesetz (§ 35 Abs. 3) verpflichtet sind, die

Behandlungsdokumentation mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Diese Aufbewahrungspflicht dient der Rechtssicherheit, dem Nachweis ordnungsgemäßer Behandlung und kann bei Rückfragen zu meiner Behandlung wichtig sein. Abrechnungsdaten müssen steuerrechtlich 7 Jahre aufbewahrt werden (§ 132 BAO).

Ich bin über folgende Rechte informiert und kann diese jederzeit geltend machen:

- Auskunftsrecht: Ich kann jederzeit eine umfassende Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen
- Berichtigungsrecht: Ich kann die Korrektur unrichtiger Daten verlangen
- Einsichtsrecht: Ich habe das Recht auf Einsicht in meine Behandlungsdokumentation
- Datenübertragbarkeit: Ich kann eine Kopie meiner Daten in strukturiertem Format verlangen
- Einschränkung der Verarbeitung: Bei berechtigten Einwänden kann die Verarbeitung eingeschränkt werden

Beschwerderecht:

Ich kann mich bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, E-Mail: dsb@dsb.gv.at, Website: www.dsb.gv.at, beschweren.

Grenzen der Löschung

Mir ist bewusst, dass dem Antrag auf Löschung meiner Daten im Rahmen der DSGVO aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Behandlungsdokumentationen (10 Jahre) und Abrechnungsdaten (7 Jahre) nicht vollständig entsprochen werden kann. Die Löschung erfolgt automatisch nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Widerruf der Einwilligung

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Bei einem Widerruf kann die Behandlung möglicherweise nicht ordnungsgemäß fortgeführt werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der oben beschriebenen Verwaltung meiner persönlichen, gesundheitsbezogenen und administrativ notwendigen Daten zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten erforderlich.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch freudio finden Sie unter freudio.com/datenschutz.