

Hinweis: Die Vorlage muss den individuellen Gegebenheiten und regelmässig den aktuellen Vorgaben angepasst werden. Jede Gewähr wird ausgeschlossen!

Datenschutzerklärung (DSE)

Version vom [DATUM]

Wir, die komplementärtherapeutische Praxis [NAME DER PRAXIS] / Ich, [NAME THERAPEUT*IN] ev. [NAME DER PRAXIS]

[STRASSE, PLZ, ORT] bestätigen/bestätige hiermit, uns/mich an die folgenden Regeln gemäss Datenschutzgesetz und Datenschutzverordnung zu halten.

Zweck dieser Datenschutzerklärung ist es, Sie als unsere/meine Klient*in, über unseren/meinen Umgang mit Ihren persönlichen und sensiblen Daten, die in unserer/meiner Praxis gesammelt werden, zu informieren.

Es werden nur solche Daten bearbeitet, die mit der therapeutischen Behandlung im Zusammenhang stehen. oder die für eine Information über allfällige Angebote relevant sind. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Daten, die wir/ich mit ihrem Einverständnis aufgenommen haben/habe, die Sie uns/mir haben zukommen lassen oder die in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen (Telefonbuch etc.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Name, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit/zum Krankheitsverlauf, bereits gestellte Diagnosen und gegebenenfalls weitere Daten sein, welche Sie uns aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).

Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patient*innendossier, resp. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen App. In diesen beiden Aufbewahrungsorten sind sämtliche an Ihren Daten vorgenommenen Bearbeitungsschritte inklusive der verantwortlichen Personen nachvollziehbar.

Ihre personenbezogenen Daten geben wir ausschliesslich an Personen oder Bereiche unsere Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten.

Weiteren Personen oder Institutionen (Versicherer etc.) werden Ihre Daten oder Teile davon ausschliesslich mit Ihrem expliziten Einverständnis zugänglich gemacht. Als Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.

Soweit Ihre Daten physisch gesammelt und bearbeitet werden, werden diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt. Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort etc.).

Wo nicht kantonale oder andere gesetzliche Regelungen anders bestimmen, werden Ihre von uns/mir gesammelten Daten zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in unserer Praxis gelöscht.

Die schriftliche Kommunikation zwischen unserer/meiner Praxis und Ihnen findet per E-Mail statt. Entweder mit einem üblichen Verschlüsselungsprogramm verschlüsselt oder – mit Ihrem schriftlichen Einverständnis – unverschlüsselt.

Als gegenwärtige oder ehemalige Klient*in können Sie von uns/mir jederzeit ein Doppel aller Ihrer von uns/mir gesammelten Daten in einem gängigen elektronischen Format verlangen. Nur physisch vorhandene Daten werden zu diesem Zweck gescannt und Ihnen als PDF oder in Papierform zugestellt. Die Daten werden Ihnen in der Regel kostenlos und innert maximal 30 Tagen übergeben.

Verantwortlich für sämtliche Fragen, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Wahrnehmung Ihrer Rechte stehen, ist der/die für Sie zuständige Therapeut*in,

[NAME THERAPEUT*IN]

[STRASSE, PLZ, ORT]

[E-MAIL]

[TELEFONNUMMER]