

Datenschutzerklärung & Einwilligung zur Datenverarbeitung

1. Verantwortlicher

Masseur und medizinischer Bademeister

Michael Breins

Holzeralmweg 3

83703 Gmund a. Tegernsee / Finsterwald

E-Mail: service@wellfitbalance.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Terminvereinbarung, Behandlung und Abrechnung verarbeiten wir personenbezogene Daten sowie – sofern erforderlich – **gesundheitsbezogene Daten**.

Zwecke sind insbesondere:

- Durchführung von Massage- und Therapieanwendungen
- Terminverwaltung
- Rechnungsstellung und Buchhaltung
- Dokumentation der Behandlung
- Erfüllung gesetzlicher Pflichten

3. Art der verarbeiteten Daten

- Stammdaten (Name, Anschrift)
- Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)
- Termin- und Leistungsdaten
- Rechnungsdaten
- **Gesundheitsdaten** (z. B. Beschwerden, Vorerkrankungen, Kontraindikationen)

4. Rechtsgrundlagen

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (gesetzliche Verpflichtung)
- **Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO** (Behandlung & Gesundheitsvorsorge)

5. Speicherung & Aufbewahrung

- Behandlungs- und Rechnungsdaten werden gemäß gesetzlicher Vorgaben bis zu **10 Jahre** aufbewahrt
- Danach erfolgt die Löschung bzw. datenschutzkonforme Vernichtung

6. Weitergabe an Dritte

Eine Weitergabe erfolgt **nicht**, außer:

- bei gesetzlicher Verpflichtung
- an Steuerberater / Finanzamt
- mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Person

7. Rechte der betroffenen Person

Du hast jederzeit das Recht auf:

- Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung (Art. 18 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch (Art. 21 DSGVO)

Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde besteht.

8. Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann.

☐

Name des Kunden / Patienten: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____