

**Infoblatt Datenschutz**  
**Dr. phil. Ariane Windhorst**  
**Kommunikationspsychologie**  
**Heilpraxis für Psychotherapie (HeilprG)**

(Stand Juli 2019)

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Datenschutzerklärung ist auf meiner Webseite [praxisdrwindhorst.de](http://praxisdrwindhorst.de) veröffentlicht.

Darüber hinaus sind im Rahmen unserer Zusammenarbeit datenschutzrechtliche Vereinbarungen nötig. Ich erkläre Ihnen im Folgenden den Zweck der jeweiligen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Sie haben die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zu erteilen, wenn Sie das wollen - oder nicht.

Sie wissen, dass Sie bei mir zu Therapiezwecken anonym auftreten können. Ich muss für Therapiezwecke nicht Ihren Namen und auch nicht Ihr Geburtsdatum wissen. Wenn Sie bar bezahlen wollen, erhalten Sie eine Quittung. Sie brauchen nichts zu bestätigen und nirgends zu unterschreiben, Termine vereinbaren wir telefonisch oder persönlich in meiner Praxis. Sie erhalten nur dieses Infoblatt und das genügt.

\*

Sie sind sich bewusst, dass allein das Wählen meiner Telefonnummer von Dritten ausgespäht werden kann. Jede Bitte um Rückruf oder Antwort per SMS und/oder WhatsApp oder Skype impliziert Ihre Einwilligung, dass zu diesem Zweck Ihre personenbezogenen Daten auf einem meiner Geräte gespeichert wird.

\*

Sobald Sie den elektronischen Weg wählen, könnten Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden. Sollten Sie mir schreiben, setze ich in jeder Mail Ihr Einverständnis voraus, erstens, dass ich antworte und zweitens, dass ich Ihre dann anonymisierten personenbezogenen Daten verarbeite zu dem Zweck, Verwechslungen auszuschließen.

\*

Wenn Sie eine Rechnung erhalten möchten, sind Ihre vollständigen Empfängerdaten erforderlich. Auch wenn ich Ihnen die Rechnung als E-Mail sende, ist die Anonymität nicht mehr gewährleistet. Ich benötige dann Ihr Einverständnis, dass ich Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung unserer vertraglichen Vereinbarungen auf meinem Computer verarbeiten darf.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\*

Wollen Sie Dateien wie beispielsweise Rechnungen oder Diagnosen elektronisch per E-Mail erhalten, benötige ich Ihr Einverständnis und Ihre E-Mailadresse

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ihr Wunsch-Passwort zum Entschlüsseln der PDF Nachrichten an Sie (wenn Sie es einmal vergessen, teile ich es Ihnen telefonisch gerne wieder mit):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift