Logopraxis Benjamin
Paul Benjamin Pinkawa, Diplomierter Logopäde

Dr.-Hanns-Schürff-Gasse 5, 2340 Mödling
Telefon +43 676 5874495
office@logopraxis-benjamin.at
www.logopraxis-benjamin.at

Datenschutz-Information und Einwilligung

Information für Patient:innen über die Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlagen: Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Datenschutzgesetz (DSG), MTD-Gesetz 2024, ASVG (Kostenerstattung bei Wahltherapie).

Personenbezogene Daten verarbeite ich nur im erforderlichen Ausmaß und nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für Diagnostik, Therapie und Dokumentation erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit dem MTD-Gesetz 2024. Für die unter Punkt 8 genannten Fälle ist zusätzlich Ihre Einwilligung die Grundlage (Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

1. Rechtliche Grundlagen

Das MTD-Gesetz 2024 regelt die Befugnis zur Ausübung der logopädischen Therapie und legt die grundsätzlichen Pflichten von Logopäd:innen fest. Vorgeschrieben ist unter anderem:

- den Beruf gewissenhaft und ohne Unterschied der Person auszuüben,
- sich regelmäßig fortzubilden,
- alle bei der Berufsausübung gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren,
- auf Verlangen Auskunft über die gesetzten Maßnahmen und Einsicht in die Dokumentation zu geben,
- die Dokumentation nach Beendigung der Therapie mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Logopäd:innen unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Ausnahmen davon sind die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht durch die Betroffenen selbst oder ihre gesetzliche Vertretung, ein zwingendes öffentliches Interesse sowie gesetzliche Mitteilungspflichten.

2. Welche Daten erhoben, verarbeitet, dokumentiert und gespeichert werden

a) Angaben zu Person und Versicherung: Vor- und Nachname, Titel, akademischer Grad, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer, zuständige Krankenkasse, gegebenenfalls Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte.

b) Bei mitversicherten Personen: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer und zuständige Krankenkasse der versicherten Person.

c) Angaben zur ärztlichen Verordnung: verordnende Ärzt:innen, gegebenenfalls behandelnde Fachärzt:innen, ärztliche Diagnose, logopädische Diagnose und Diagnose nach ICD-10, Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen, Anzahl der verordneten Einheiten, Datum der Verordnung.

d) Angaben zur Honorarverrechnung: Angaben aus a) bis c), Honorarnoten samt Zahlungsvermerken, Daten zu einer allfälligen privaten Zusatzversicherung.

e) Kontaktdaten, Termine und Einverständnis: Telefonnummern und gegebenenfalls E-Mail-Adressen der Patient:innen und ihrer Angehörigen, soweit sie für die Terminvereinbarung nötig sind; Datum des ersten Kontakts (Aufnahme in die Warteliste), geplante und durchgeführte Therapieeinheiten, vereinbarte, aber nicht wahrgenommene Termine samt Begründung der Absage; Einverständniserklärungen, Einwilligungen und Therapievereinbarungen.

f) Daten, die für den Verlauf der Therapie von Bedeutung sind: Namen, Alter, gegebenenfalls Beruf und Kindergarten- bzw. Schulbesuch der Familienmitglieder; Erstsprache und bisheriger Spracherwerb; gegebenenfalls sonderpädagogischer Förderbedarf und sonstige Unterstützungsmaßnahmen öffentlicher oder privater Stellen; gesundheitsbezogene Daten der Anamnese und der Familienanamnese, soweit sie für die Therapie nötig sind.

g) Gesundheitsdaten, die für die Behandlung erforderlich sind: insbesondere Daten aus dem Eltern-Kind-Pass, vorhandene ärztliche Befunde, Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik, Befunde von Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und sozialpädagogische Befunde.

h) Dokumentation der logopädischen Therapie: Anamnese- und Befundbögen, Aufzeichnungen während der Therapie, Dokumentation der gesetzten Maßnahmen und ihres Verlaufs, Planung und Aufzeichnung des therapeutischen Prozesses, logopädische Zwischen-, End- und Kurzberichte. Foto-, Ton- oder Videoaufnahmen nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung (Punkt 8).

i) Aufzeichnungen aus dem Austausch mit anderen Berufsgruppen (medizinisch, psychologisch, pädagogisch), soweit sie für die Therapie von Bedeutung sind, nur mit Ihrer Einwilligung (Punkt 8).

j) Mitteilungen, die mir die Patient:innen oder ihre gesetzliche Vertretung selbst geben.

3. Übermittlung der Daten an Dritte

- **Keine Direktverrechnung:** Als Wahllogopäde verrechne ich nicht direkt mit den Krankenkassen. Die Honorarnote und die ärztliche Verordnung reichen Sie selbst bei Ihrer Krankenkasse ein; ich übermittle dafür keine Daten an die Kasse.
- **Steuerberatung und Buchhaltung:** Für die Honorarverrechnung und die Buchhaltung können einzelne Daten aus a) bis d) an Steuerberater:innen oder Buchhalter:innen übermittelt werden, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.
- **Rechtsstreit oder Zahlungsverzug:** In diesen Fällen können Daten aus a) bis e) im Einzelfall an die betroffenen Berufsgruppen übermittelt werden (Inkassodienst, Rechtsanwält:in, Haftpflichtversicherung).
- **Zuweisende Ärzt:innen und andere Berufsgruppen:** Rücksprache, Befundberichte und interdisziplinärer Austausch nur mit Ihrer Einwilligung (Punkt 8).
- **Auftragsverarbeiter:** Einziger Dienstleister, der Daten in meinem Auftrag verarbeitet, ist der E-Mail-Anbieter EDIS GmbH, Graz (Speicherort Österreich). Mit EDIS besteht ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO.

4. Speicherdauer

Die Dokumentation bewahre ich nach Abschluss der Therapie mindestens 10 Jahre auf, wie es das MTD-Gesetz 2024 vorschreibt. Buchhaltungsunterlagen wie Honorarnoten bewahre ich 7 Jahre auf (§ 132 BAO). Danach werden die Daten gelöscht.

5. Ihre Rechte

Nach der DSGVO haben Sie das Recht auf:

- Auskunft über die Sie betreffenden Daten und deren Verwendung (Art. 15)
- Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung unvollständiger Daten (Art. 16)
- Löschung der Daten (Art. 17)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21)
- Widerruf einer erteilten Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (Art. 7 Abs. 3)
- Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (www.dsb.gv.at)

Die gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten nach dem MTD-Gesetz 2024 gehen dem Recht auf Löschung vor.

6. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Paul Benjamin Pinkawa, Diplomierter Logopäde
Dr.-Hanns-Schürff-Gasse 5, 2340 Mödling
E-Mail office@logopraxis-benjamin.at, Telefon +43 676 5874495

Alle Anliegen nach Punkt 5 richten Sie bitte an diese Adresse.

7. Termine, Mitteilungen und Absagen

Für Terminabsprachen und Absagen nutze ich Telefon, SMS und E-Mail. Messenger-Dienste wie WhatsApp oder Signal verwende ich für die Praxis nicht.

Termine müssen manchmal kurzfristig verschoben oder abgesagt werden. Absagen und Änderungen per unverschlüsselter E-Mail oder SMS entsprechen nicht den strengen Anforderungen der DSGVO: Je nach Anbieter werden die Daten auf Servern zwischengespeichert, die sich nicht in der EU befinden müssen. Die Sicherheit ist mit der einer Postkarte vergleichbar. Wenn Sie der Kommunikation per E-Mail oder SMS zustimmen (Punkt 8), tun Sie das in Kenntnis dieses Risikos.

Sichere Wege für Unterlagen mit Gesundheitsdaten sind nach derzeitigem Stand der Technik:

- persönliche Übergabe
- Sendung per Post (Einschreiben)
- E-Mail nur mit Verschlüsselung

Bitte schicken Sie Befunde, Diagnosen oder ähnliche vertrauliche Unterlagen nur auf einem dieser Wege.

8. Einwilligung

Bitte kreuzen Sie an, womit Sie einverstanden sind. Jede Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden; die Therapie hängt nicht davon ab.

☐ Ich entbinde Herrn Pinkawa gegenüber den zuweisenden bzw. behandelnden Ärzt:innen von der Verschwiegenheitspflicht, damit Rücksprache gehalten und auf Wunsch ein logopädischer Befundbericht übermittelt werden kann.

Ärzt:in bzw. Praxis: _____

☐ Ich bin mit einem Austausch mit weiteren Berufsgruppen einverstanden (zum Beispiel Kindergarten, Schule, Ergo- oder Physiotherapie, Frühförderung), soweit er für die Therapie von Bedeutung ist.

Mit: _____

☐ Ich bin einverstanden, dass in der Therapie Foto-, Ton- oder Videoaufnahmen gemacht werden, ausschließlich zur Dokumentation und Therapieplanung. Die Aufnahmen werden nicht weitergegeben, nicht veröffentlicht und mit Ende der Therapie gelöscht, sofern sie nicht Teil der Dokumentation sind.

☐ Ich bin mit Terminabsprachen und Absagen über diese unverschlüsselten Wege einverstanden:
☐ E-Mail ☐ SMS

Ich bestätige, dass ich diese Information erhalten habe.

Patient:in

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen oder bei einer Erwachsenenvertretung)

Vor- und Nachname: _____

Verhältnis zur Patientin bzw. zum Patienten:

☐ Elternteil ☐ Erwachsenenvertretung ☐ sonstige: _____

Adresse, falls abweichend: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten oder der gesetzlichen Vertretung: