**Datenschutzerklärung (DSE)**

Ich, [NAME PRAKTIKANT\*IN], [STRASSE, PLZ, ORT] bestätige hiermit, mich an die Regeln des Datenschutzgesetzes und der Datenschutzverordnung zu halten.

Im Folgenden informiere ich Sie als meine Klient\*in über meinen Umgang mit Ihren persönlichen Daten, die ich in meiner Übungspraxis sammle.

Ich bearbeite nur solche Daten, die mit der therapeutischen Übungsbehandlung im Zusammenhang stehen. Dabei handelt es sich um Name, Anschrift, Telefonnummer, evtl. E-Mail-Adresse. Des Weiteren handelt es sich um solche Daten, die ich mit Ihrem Einverständnis aufgenommen habe, z.B. Angaben zu Ihrer Gesundheit, zum Krankheitsverlauf, bereits gestellte Diagnosen, gegebenenfalls weitere Daten, welche Sie mir aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).

Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten von mir ausschliesslich in Ihrem Klient\*innendossier. Dieses führe ich meinem passwortgeschützten PC / abschliessbaren Schrank in einem für andere nicht zugänglichen Raum.

Ihre Daten gebe ich nicht weiter. Behandlungsprotokolle, die ich im Rahmen meines Praktikums mit meiner Praktikumbegleiter\*innen bespreche, werden vorgängig von mir komplett anonymisiert.

Ich verpflichte mich, alle Ihre Daten drei Jahre nach Beendigung meiner Ausbildung zu löschen. Lediglich die anonymisierten Behandlungsprotokolle bewahre ich aus Studiengründen über einen Zeitraum vom 10 Jahren auf, bevor ich sie lösche.

Terminabsprachen und sonstiges Organisatorisches können wir, bei gegenseitigem Einverständnis, per unverschlüsseltem E-Mail oder Telefonat durchführen.

Name, Datum Unterschrift der Praktikant\*in