

Informationen zur Datenverarbeitung beim neolexon Aphasie Therapiesystem der Limedix GmbH

neolexon Aphasie ist ein Therapiesystem für Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen. Ihr:e Therapeut:in stellt das sprachliche Training individuell für Sie ein. Hierbei legt der/die Therapeut:in ein Profil für Sie an, in das er optional Ihren Vor- und Nachnamen, Geschlecht, Geburtsdatum und Diagnose eingeben kann. Dann stellt der/die Therapeut:in die sprachlichen Übungen individuell für Sie zusammen. Diese Daten werden im Therapeuten-Account gespeichert. Wenn Sie eine Löschung dieser Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihre:n Therapeut:in.

Anschließend stehen zwei Einsatzarten von neolexon zur Verfügung, die unabhängig voneinander genutzt werden können:

- a) Im Eigentaining zuhause (Patienten-App)
- b) In der Therapiestunde (Therapeuten-App)

Wenn Sie das **Eigentaining** nutzen möchten, registrieren Sie sich bei neolexon mit Ihrer E-Mail-Adresse sowie Vor- und Nachnamen. Während dem Üben im Eigentaining wird die Dauer des Trainings, das individuelle Übungsmaterial und Schwierigkeitseinstellungen sowie Ihre individuelle Leistung erfasst. Diese Daten werden ausschließlich in Ihrem persönlichen Patienten-Account gespeichert und nicht an den/die Therapeut:in oder andere Personen übertragen. Sie können in Ihrer App diese Daten auch digital an den/die Therapeut:in weitergeben, wenn Sie hierzu explizit zustimmen. Die Freigabe der Daten kann jederzeit durch Sie in Ihrem Nutzeraccount wieder entzogen werden. Die Löschung dieser Daten ist in der Aphasie-App in ihrem persönlichen Nutzeraccount möglich.

Bitte beachten Sie, dass Sie zum Eigentaining mit einem Tablet die neolexon Aphasie App über den Google Play Store oder Apple App Store auf Ihr Gerät herunterladen müssen. Auf diesen Vorgang und dabei verarbeitete Daten hat die Limedix GmbH keinen Einfluss.

Wenn Ihr:e Therapeut:in die Therapeuten-Varianten der neolexon Apps in seiner/ihrer **Therapiestunde** zum Üben einsetzt, werden dabei sowohl das individuelle Übungsmaterial, die Schwierigkeitseinstellungen als auch Ihre individuellen Erfolgsstatistiken erfasst und im Therapeuten-Account gespeichert. Wenn diese Daten wieder gelöscht werden sollen, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre:n Therapeut:in.

Die Limedix GmbH hat das Ziel, die dauerhafte, technische Funktionsfähigkeit und Nutzerfreundlichkeit der neolexon Apps zu gewährleisten sowie die Aphasie-App stetig weiterzuentwickeln. Hierzu werden die im Eigentaining und in der Therapiestunde erfassten Daten

durch die Limedix GmbH anonymisiert und für Auswertungen genutzt. Diese Auswertungen werden durch Limedix oder durch von Limedix beauftragte, dem Datenschutz verpflichtete Auftragnehmer (z.B. Forschungseinrichtungen) mit den anonymisierten Daten durchgeführt. Diese Auswertungen helfen uns dabei, zu verstehen, wo technische Probleme bestehen und wie wir unsere Apps zu Ihrer Zufriedenheit weiterentwickeln können. Dies geschieht nur, sofern Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben.

Ihre Daten werden nur für die hier beschriebenen Zwecke verarbeitet. Dabei werden die gültigen Regeln nach der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) eingehalten. Ihre Daten werden niemals zu anderen Zwecken an Dritte weitergegeben.

Mehr Informationen finden Sie unter www.neolexon.de

Schweigepflichtsentbindung für Therapeut:innen zur Datenverarbeitung durch Limedix

Ich, (Vor- und Nachname), bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (insb. zum Übungsmaterial und Therapieverlauf), im Rahmen der Sprachtherapie mittels neolexon durch das neolexon Aphasie Therapiesystem verarbeitet und zu diesem Zweck auch den zum technischen Betrieb eingesetzten Dienstleistern zugänglich gemacht werden. Die eingesetzten Dienstleister sind zur Beachtung des Datenschutzes und zur Wahrung der Verschwiegenheit vertraglich verpflichtet und werden entsprechend überwacht.

Mein:e Therapeut:in
(Name und Anschrift des/der Therapeut:in) darf die Daten übermitteln.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf hat aus Nachweisgründen schriftlich oder per E-Mail zu erfolgen.

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in