

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von

Herr / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Physiotherapie Katja Teich** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt, da die Behandlung dann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Katja Teich, Taucherstr. 35, 02625 Bautzen

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den **Aushang Patienteninformation zum Datenschutz** habe ich gelesen und verstanden.

Bautzen, den

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Schweigepflichtentbindung

Der Kunde willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis die behandelnden Ärzte/ Heilpraktiker konsultieren können. Zu diesem Zweck werden diese von der Schweigepflicht entbunden.

Bautzen, den

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift