

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis beateam Physiotherapie meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem/der Patient\*in direkt
- zur Kommunikation und Therapie mit dem/der Patient\*in
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Zu diesem Zweck können Ihre Daten an den überweisende/n Arzt/Ärztin, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet oder 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 und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- 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:

beateam Physiotherapie

Beate Schübler

An der Ankermühle 12

65399 Kiedrich

06123 7095986 oder 0176 73248462

mail@beateam-physio.de

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

Die Patient\*inneninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.

Kiedrich, der -----

Unterschrift -----

