Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau .....

Anschrift .....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Stefanie Simon- Tiebel 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 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 Zweck 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 mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht 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 für Krankengymnastik Stefanie Simon-Tiebel

Straße Höhenstr. 6a

PLZ Ort 65193 Wiesbaden

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 dann meine Daten löschen.

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

....
Ort, Datum *Unterschrift*

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name

Vorname | Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort

Krankenkasse | Hausarzt

Versicherter

☐ Mitglied ☐ Angehöriger ☐ Rentner

Zuzahlungen: ☐ nicht befreit ☐ befreit

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat | Telefon dienstlich

Telefon mobil | Mail

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

☐ ja ☐ nein wenn ja wann? ☐

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum | Unterschrift des Patienten

Datum | Name des gesetzlichen Vertreters | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

---

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder (Fotos und/oder Videos) angefertigt und bis zum Abschluss der Therapie in meiner Patientenakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Datum | Unterschrift des Patienten | gesetzlichen Vertreters*

*nicht zutreffendes bitte streichen

© 2002 therafundo powered by buchner · www.therafundo.de

255657 200501 Best.-Nr. 781282

ID-Nr: 01109VER011/03/25/wu