

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Herr/Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die **Physiotherapie Simone Peters**, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung, des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistung mit den 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 Abrechnungsstellen der Krankenkassen weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit den 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 erhobenen, 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:

Physiotherapie Simone Peters, Horremer Str. 13, 41470 Neuss

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist 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

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit **entbinde** ich die

Physiotherapie Simone Peters, Horremer Str. 13, 41470 Neuss

von **ihrer Schweigepflicht** und **erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden**, dass nachfolgend aufgeführte Personen, die erforderlichen Auskünfte und persönliche Daten (soweit zu diesem Zweck notwendig) erhalten dürfen.

Name:

Geb.datum:.....

Name:

Geb.datum:.....

Name:

Geb.datum:.....

Name:

Geb.datum:.....

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Name Patient/Patientin

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....