

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von

Herrn/ Frau _____

Anschrift _____

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „das Therapiehaus“ meine Daten zu folgenden Zweck 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 in dem Rahmen der vorstehenden genannten Zwecken erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden kann.
- 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 Berechtigung, 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: das Therapiehaus

Straße: Bahnhofstr. 58.

PLZ, Ort: 59423 Unna

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr beachtet 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

