



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau: _____

Anschrift: _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis PhysioTEAM Dieterich in Birkmannsweiler meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Erfüllung des Behandlungsvertrags
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und/ oder 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 Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen
- zur therapeutischer Dokumentation

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- Daten werden unter Beachtung des DSGVO und BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten auf freiwilliger Basis erfolgt
- bei Verweigerung der Datennutzung der Behandlungsvertrag nicht zustande kommen kann und nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden kann
- Berechtigung besteht, jederzeit Auskunft über die gespeicherte Daten zu bekommen
- Berechtigung besteht, jederzeit Löschung, Sperrung einzelner Daten zu verlangen
- Berechtigung besteht, Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen

Im Falles 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 bin einverstanden

Ort, Datum:

Unterschrift: