



Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

ggf gesetzl. VertreterIn

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

1 – Einwilligung zur Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum

Praxis: PhysioTEAM Dieterich, Hauptstr. 103, 71364 Winnenden

Abrechnungszentrum: OPTICA, Dr. Güldner, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart

Lieber Patient,
zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch o.g. Abrechnungszentrum bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.
Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich o.g. Praxis für die vollständige Behandlungsreihe und alle zukünftigen Behandlungsreihen die Einwilligung in die Datenweitergabe zum Zwecke der Abrechnung: Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig ausstelle. Ich habe davon in Kenntnis genommen, dass ich sie jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei o.g. Praxis zu erfolgen.

Ort, Datum:
Unterschrift Patient/gesetzlicher VertreterIn

2 – Einwilligung in unsichere Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (Terminaten, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis physioTEAM Dieterich, Hauptstr. 103, 71364 Winnenden über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

- Email an folgende Adresse: _____
- whatsApp / sms an folgende Nummer: _____
- sonstige: _____

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort, Datum:
Unterschrift Patient/gesetzlicher VertreterIn