

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herren/Frau:

Anschrift:

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis dmt. Physiotherapie GmbH & Co. KG meine Daten ausschließlich zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Verordnungsprüfung (Prüfpflicht laut HMR) und gegebenenfalls Korrektur der Verordnung, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Therapieberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder Abrechnungsstelle 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 Zwecke 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 kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung 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 die Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis: dmt. Physiotherapie GmbH & Co. KG

Straße: Martinstr. 26-28

PLZ Ort: 53359 Rheinbach

Im Falle des Widerspruchs 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 meinem Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformation zu Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift