

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten



Ich

Vorname, Name

erkläre mich hiermit einverstanden, dass im oben genannten Unternehmen, meine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz im o. g. Unternehmen ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte, Physio- / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen des Widerrufs wurde ich umfassend aufgeklärt.

Option nicht verpflichtend

Ich stimme der internen Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu. Insbesondere bin ich an Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden bzw. gesetzlichen Vertreters