

## **Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass durch Physiotherapiepraxis Hagen

meine Daten bzw. die meines Kindes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

im Rahmen des Behandlungsvertrages zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation (§ 630 BGB), zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an weitere direkt an der Behandlung beteiligten Einrichtungen (z.Bsp. Kliniken) oder Personen aus dem medizinisch /therapeutischen Bereich und an die Krankenkasse 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.

☐ Dieser Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der 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 darf mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der obigen Praxis.

Im Falle 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 dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen.

- ☐ Schweigepflichtsentbindung: Zusätzlich benenne ich folgenden Person(en) oder Einrichtungen, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

- ☐ Den Aushang „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.
- ☐ Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per E-Mail zu
- ☐ an mich ☐ an andere Behandler
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Foto- /Audio- oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden.
- ☐ Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit den Therapeuten in diesem Bereich preisgebe.
- ☐ Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich
- ☐ per Telefon zu kontaktieren und ggf. eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen.
- ☐ per Fax zu kontaktieren
- ☐ per E-Mail zu kontaktieren
- ☐ Ich möchte eine Kopie meiner Einwilligungserklärung erhalten.
- ☐ Ich verzichte auf eine Kopie meiner Einwilligungserklärung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung