

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Vor- und Nachname:

Anschrift:

Ich bin einverstanden, dass durch die *Praxis für Physiotherapie Ines Ziegengeist, Aussiger Str. 10, 01277 Dresden*, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation sowie zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen sowie zur therapeutischen Dokumentation.

Im Falle eines Verkaufs der Praxis werden die Daten an den Käufer übergeben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse 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, diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:
Praxis für Physiotherapie Ines Ziegengeist
Aussiger Str. 10, 01277 Dresden

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

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

.....
Ort, Datum Unterschrift