

Patientenname: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis PhysioBalance meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- zur Erfüllung des Behandlungsvertrages,
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten,
- zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die zuständige 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,
- zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die persönlichen Daten meiner Person, die für oben genannte Zwecke erhoben wurden, unter Beachtung der DSGVO 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 bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet bzw. zur Rückvergütung eingereicht 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 formlos an die angegebene Emailadresse der Praxis zu richten.

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 ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich gegebenenfalls über Terminverschiebungen oder bei auftretenden Fragen, etc.

- postalisch
- telefonisch
- per SMS
- per WhatsApp
- per Email

kontaktiert werden kann (Unzutreffendes bitte streichen!).

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_