



Name Patient / gesetzlicher Vertreter

Geburtsdatum

Anschrift

Stresemannstraße 44
41236 Mönchengladbach

T 02166 - 31 025 31
W: 02166 - 31 025 33

www.PhysioZentrum-strauch.de

1. Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch das PhysioZentrum Strauch meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zur Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen, zur Buchhaltung.

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

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und der BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ein Verweigern der Einwilligungserklärung zur Folge hat, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse 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 auf die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist dieser zu richten an:

PhysioZentrum Strauch | Stresemannstraße 44 | 41236 Mönchengladbach / Rheydt

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 oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

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

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

2. Einwilligung zur Foto-/Videodokumentation

Im Rahmen der fachgerechten Heilmitteltherapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation ihres Behandlungsverlaufes sinnvoll, diesen durch Fotos/Video zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten, sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Fotos/Videoaufnahmen gemacht, die Ihrer Praxisakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Foto-/Videodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verarbeitet oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und die Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Informationen zur Foto-/Videodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich die von mir namentlich benannten Personen /Stellen und oben genannte Praxis untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Institution _____

Arzt _____

Therapeut _____

Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (z.B. Befunde, Verlaufsdokumentation, Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

4. Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten: Termindaten, Kontaktdaten, Therapie-Dokumentation durch die oben genannte Praxis über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse: _____

WhatsApp / SMS an folgende Nummer: _____

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter