



Physiotherapie Götz GbR

Gabelsbergerstrasse 1-3 64711 Erbach Telefon: 06062/1676

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Herrn/Frau _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Physiotherapie Götz GbR meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, die Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen und dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehende genannte Zweck erhobene persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des 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 kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommen kann 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 schriftlich zu richten an:

Physiotherapie Götz GbR, Gabelsbergerstraße 1-3, 64711 Erbach

Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift: Patient / Gesetzlicher Vertreter