

## Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Herr/Frau: \_\_\_\_\_

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

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

Hiermit willige ich vor Beginn der Behandlung/des Kurses ein, dass durch die o.g. Praxis personenbezogene Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt sowie an alle zur Vertragseinfüllung notwendigen Beteiligten, z.B. Krankenkasse, Ärzte, u.a. übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Angabe der Zwecke (inklusive Angaben wie lange die Daten aufgehoben werden)
- Kontakt mit dem Patienten (z.B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen)
- Abrechnen erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Therapieberichten für den verordnenden Arzt
- Folgeangebote

Mir ist bekannt, dass sämtliche personenbezogenen Daten, Materialien und Unterlagen, die die o.g. Praxis anlässlich des Beratungsvertrages erhält, bzw. anfertigt 10 Jahre aufbewahrt werden (§257 Abs.4 HGB, §14b UstG).

Mir ist außerdem bekannt, dass ich die Einwilligungserklärung freiwillig unterzeichne. Eine Verweigerung kann Einschränkungen meiner Beratungen und Begleitung zur Folge haben.

Alle im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgen auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

- Ohne für mich nachteilige Folgen
- Mit der Folge, dass z.B. die Behandlung mit den Krankenkassen nicht abgerechnet werden kann.

Einen Widerruf muss ich an die o.g. Praxis richten. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten verlangen und bin jederzeit berechtigt, Berichtigungen, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/der Patientin oder Erziehungsberechtigten von Jugendlichen unter 16 Jahren)