

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Hebamme Vera Pützschler meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

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

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den behandelnden Arzt, die Krankenkasse und/oder 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, zu therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen 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, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Hebamme Vera Pützschler,

Pfarrerhöhe 11a

93180 Deuerling

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.

Den **Aushang Patienteninformation zum Datenschutz** bzw. die Information auf der Homepage dazu, habe ich gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift