Physiotherapie Mundt
Bremer Str. 39b
18057 Rostock

PHYSIOTHERAPIE MICHAELA MUNDT
Ihre Physiotherapiepraxis im Hansaviertel

Patienten-Information zur Datenverarbeitung

Herrn/ Frau: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum:_____

Ich wurde darüber informiert, dass durch Physiotherapie Mundt

meine Daten bzw. die meines Kindes_____geb.:_____

im Rahmen des Behandlungsvertrages 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 überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma (Opta Data Abrechnungs GmbH; Berthold-Beltz-Boulevard 461; 45141 Essen) 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.

☐ Dieser Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der 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 darf mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt 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

Physiotherapie Mund!
Bremer Str. 39b
18057 Rostock

PHYSIOTHERAPIE MICHAELA MUNDT
Ihre Physiotherapiepraxis im Hansaviertel

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der obigen Praxis.

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 dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen.

☐ Schweigepflichtsentbindung: Zusätzlich benenne ich folgenden Person(en}, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.} kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten