

Einverständniserklärung Datenschutz

Praxis für Ergotherapie

Katrin Ullrich



Name Klient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten und gesundheitsbezogenen Daten in der ergotherapeutischen Behandlung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dies erfolgt ausschließlich zum Zweck der Behandlung, Terminverwaltung und Abrechnung.

Die Verarbeitung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und der geltenden Schweigepflicht.

Mir ist bekannt:

- Ich kann Auskunft über meine gespeicherten Daten erhalten.
- Ich kann die Berichtigung falscher Daten verlangen.
- Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ohne notwendige Daten ist eine Behandlung und Abrechnung teilweise nicht möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass erforderliche Daten im Rahmen der Behandlung an verordnende Ärzte, Krankenkassen oder andere an der Behandlung beteiligte Stellen weitergegeben werden, soweit dies notwendig ist.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Terminabsprachen telefonisch, per SMS oder per E-Mail erfolgen dürfen.

Ja

Nein

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: