

# DATENSCHUTZERKLÄRUNG

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Die Schmerzhelfer meine Patientendaten erhoben und verarbeitet (Abrechnungsstelle/Krankenkasse) werden.**

Ich wurde auf den Aushang in der Praxis bezüglich des Datenschutzes hingewiesen, zu dem ich Fragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

**Ich entbinde die Praxis Physiotherapie Rüdern ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem behandelnden oder mitbehandelnden Arzt.**

- Für Besprechungen zu weiteren Belangen meiner Behandlung oder einem Befundbericht.
- Ich stimme zu, dass mich die Praxis Physiotherapie Rüdern zur Abklärung wichtiger Belange Terminerinnerungen oder – Verlegungen per Anruf/ Mail/ SMS kontaktieren darf.
- Ich stimme zu, dass das Praxispersonal Terminabsage oder Verschiebungen mit dem Ehepartner/in \* Tochter/Sohn \* Betreuer/in besprechen und bearbeiten darf.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder/Fotos/Videos/ Zeichnungen/Notizen in meiner Patientenakte gespeichert/aufbewahrt werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters