



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift des Patienten

Name, Vorname und Anschrift des/ der elterlichen Sorgeberechtigten/ des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Therapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.
[] Ja [] Nein
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Osteopathen, Ärzte, Therapeuten und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.
[] Ja [] Nein
- mich betreffende Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, genutzt werden dürfen. Insbesondere bin ich mit **Informationen und Terminerinnerungen** über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
[] Ja [] Nein
- meine Patientenakte an einen möglichen **Praxisnachfolger weitergegeben** wird, damit dieser im Falle einer Weiterbehandlung über meine Patientenakte verfügen kann.
[] Ja [] Nein
- meine personenbezogenen Daten (insb. Rechnung, Behandlungsverlauf oder -bericht, Bescheinigungen für Dritte) **per E-Mail an mich übermittelt** werden. Mir ist dabei bewusst, dass ein Schutz der in E-Mails enthaltenen Informationen gegen unbefugten Zugriff Dritter nicht möglich ist und ich die Praxis für Osteopathie – Andrea Fertig von einer Haftung wegen des Versandes der Daten per E-Mail an mich, freistelle.
[] Ja [] Nein

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne Angaben von Gründen, schriftlich oder elektronisch gegenüber der Praxis, widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs findet zukünftig keine weitere Datenübermittlung statt. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs oder der Nichterteilung der Einwilligung entstehen dem Patienten keine Nachteile für seine Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

Bitte sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig ab!

Nutzen Sie dafür bitte ausschließlich das Telefon oder eMail. Alle anderen Medien wie WhatsApp oder ähnliches gehören nicht zur Praxisverwaltung. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen, kommen Sie daher bitte pünktlich. Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr beträgt zurzeit 80 Euro.