



Name Patient*in/ gesetzlicher Vertreter

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Stadt

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie PhysioTeamSüd meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- Zur therapeutischen Dokumentation
- Zur Erstellung von Behandlungsberichten
- Zur Buchhaltung

Vor Unterzeichnung der Einwilligung bin ich auf die folgenden Punkte hingewiesen worden:

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ich kann mein Einverständnis verweigern, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt, da die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs richte ich diesen schriftlich an:

PhysioTeamSüd | Ober Buschweg 18 | 50999 Köln-Sürth

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 oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Informationen zum Datenschutz für Patient*innen**“ habe ich gelesen und verstanden.

Köln, den

Unterschrift