

Einwilligungserklärung für Patienten

Einwilligung zur Datenweitergabe an Dritte

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ansprache mit Namen

Ich möchte die Einwilligung erteilen Ich möchte die Einwilligung nicht erteilen

Ich stimme zu, dass ich im Wartebereich mit Namen angesprochen werde.

Für einen reibungslosen Ablauf werden Behandlungsdaten an Ärzte und mitbehandelnde Therapeuten übermittelt.

Ich möchte die Einwilligung erteilen Ich möchte die Einwilligung nicht erteilen

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf, mein/e behandelnde/r Therapeut/Therapeutin sämtliche notwendigen, mich betreffenden, Informationen und personenbezogenen Daten an die mich behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser übermitteln darf.

Zur Einbeziehung einer Verrechnungsstelle

Ich möchte die Einwilligung erteilen Ich möchte die Einwilligung nicht erteilen

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf, mein/e behandelnde/r Therapeut/Therapeutin sämtliche für die Abrechnung erbrachten Leistungen notwendigen, mich betreffenden Informationen und personenbezogenen Daten an die folgende Abrechnungsstelle übermitteln darf:

Abrechnungsstelle Niedersachsen, Landschaftstr. 7, 30159 Hannover

zur Korrespondenz via E-Mail

Ich möchte die Einwilligung erteilen Ich möchte die Einwilligung nicht erteilen

Ich stimme zu, dass, bis auf Widerruf, mein/e behandelnde/r Therapeut/Therapeutin, die für die Terminvergabe notwendigen Daten an die folgende E-Mail-Adresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

E-Mail _____

Hinweis auf Ihr Recht auf Widerruf der Einwilligung

Sie haben das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Eingang des Widerrufs davon unberührt.

Sie können den Widerruf postalisch oder per E-Mail an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)