



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Name Erziehungsberechtigter bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Anschrift: _____

Ich bin einverstanden dass durch die Praxis Atempause meine Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies ist nötig zur Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation und zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Die Daten können an behandelnde Ärzte, Krankenkassen oder die Abrechnungsfirma übermittelt werden.

Der Gesetzgeber sieht eine Aufbewahrungspflicht der Patientenakten mit Behandlungsdokumentationen von 10 Jahren vor. Danach werden die Akten in Papierform vernichtet.

Die Einverständniserklärung erfolgt auf freiwilliger Basis. Bei fehlendem Einverständnis kann jedoch keine Therapie erfolgen.

Sie sind jederzeit berechtigt, Auskunft über die gespeicherten Daten zu erhalten, einzelne personenbezogene Daten sperren oder löschen zu lassen oder die Einverständniserklärung für die Zukunft zu widerrufen.

Datum und Unterschrift
