

Einwilligungserklärung zur elektronischen Datenverarbeitung

Name Patient/in:

Adresse:

geb.am:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Führung einer Patientenkartei
- Dokumentation von Behandlungen und Leistungen
- Informationsaustausch zwischen mitbehandelnden Ärzten/innen und Überweisern/innen sowie mitbehandelnden Therapeuten/innen
- Abrechnung von Leistungen mit Ihnen und ggf. den gesetzlichen Krankenkassen
- Beauftragung eines Erinnerungsservices o.ä. per SMS-Versand / Whats-App oder E-Mail

durch die Soziotherapiepraxis:

(Praxisstempel)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Davon unberührt bleibt die Pflicht zur Aufbewahrung meiner Patientendaten bis 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Unterschrift Patient