

Name Patient: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter bei minderjährigen Patienten:

\_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Vollständige Meldeadresse:

\_\_\_\_\_

## 1. Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Körper Zeit meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zur Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen, zur Buchhaltung.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, den Steuerberater und/oder die Krankenkasse weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Buchhaltung, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

### Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und der BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und 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 auf die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

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

Datum/Ort:

Unterschrift/Unterschrift Bevollmächtigter:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Einwilligung zur Foto-/Videodokumentation

Im Rahmen der fachgerechten Heilmitteltherapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation ihres Behandlungsverlaufes sinnvoll, diesen durch Fotos/Video zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten, sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Fotos/Videoaufnahmen gemacht, die Ihrer Praxisakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Name Patient: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter bei minderjährigen Patienten:  
\_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden**, dass eine Foto-/Videodokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verarbeitet oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und die Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Die Informationen zur Foto-/Videodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

## 3. Aufklärung/ Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten: Termini, Kontaktdaten, Rechnungen durch die oben genannte Praxis über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse: \_\_\_\_\_

WhatsApp an folgende Nummer: \_\_\_\_\_

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Datum/Ort:  
\_\_\_\_\_

Unterschrift/Unterschrift Bevollmächtigter:  
\_\_\_\_\_