

THERASPIER Einwilligungserklärung

Praxis für Physiotherapie

TheraSpier - Praxis für Physiotherapie
Industriestraße 15
56288 Kastellaun

Name

Vorname

Nachname

Geburtstag

Adresse

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Handynummer

Email

1. Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch TheraSpier - Praxis für Physiotherapie 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 und Arztbriefen, zur Buchhaltung.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, den Steuerberater, VALD Performance, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma 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 im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich mein Einverständnis verweigern kann, 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.

Für einen Widerruf richte ich mich an

TheraSpier - Praxis für Physiotherapie - Industriestraße 15 - 56288 Kastellaun

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 Drittparteien ebenfalls darüber informieren.

2. Einwilligung für Foto und Videodokumentation

Als Heilmittelerbringer sind wir verpflichtet, unseren Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. Dazu können auch Bilder und Videos zählen, die wir in unserer digitalen Patientenakte bei iPrax oder VALD Health speichern. Diese Formate werden nur genutzt, um eine objektive Darstellung des Zustandes und der Therapieentwicklung zu dokumentieren und Fortschritte besser ersichtlich zu machen.

Die gespeicherten Daten unterliegen natürlich dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

3. Schweigepflichtentbindung

Wir nutzen die Kommunikation für eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie bestätigen, dass ihnen bewusst ist, dass Daten ihrer Person sowie notwendige medizinische Behandlungsdaten übermittelt und ausgetauscht werden (Befunde, Verlaufsdokumentation).

Dies gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Therapieende. Ihnen ist bekannt, dass dies freiwillig ausgestellt wird. Eine Verweigerung kann Einfluss auf die Therapie und das Ergebnis dieser haben. Sie können jederzeit die Schweigepflichtentbindung bei der oben genannten Praxis widerrufen.

Hiermit entbinde ich die oben genannte Praxis der Schweigepflicht zur Kommunikation und zum Datenaustausch mit folgenden Einrichtungen und Personen:

Einrichtungen, Arzt oder Therapeuten:

4. Information und Einwilligung ChatsApp, E-Mail und andere unsichere Kommunikationswege

Sie erstatten die Übermittlung folgender personenbezogener Daten durch die Praxis, über unsichere Kommunikationswege: Termine, Kontaktdaten, auf ihren Wunsch hin auch Behandlungsdokumentationen. Sie sind darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg Gefahren des Datenverlusts an Dritte beinhalten. Wir nutzen für die Kommunikation einen DSGVO-konformen Dienstleister. Sie können die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Übermittlung von Daten erstatte ich für oben genannte:

Kommunikationswege:

Handynummer
E-Mail

Datum

Ort

1. Einwilligung in die Datenverarbeitung

Unterschrift

2. Einwilligung für Foto und Videodokumentation

Unterschrift

3. Schweigepflichtentbindung

Unterschriften zur jeweiligen Einwilligung

Unterschrift

4. Information und Einwilligung ChatsApp, E-Mail und andere unsichere Kommunikationswege

Unterschrift