

Einwilligungserklärungen für gesetzlich Betreuende

Liebe Betreuerin, lieber Betreuer

wir sind gemäß Datenschutzrecht verpflichtet, Sie zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist:

Jochen Ewald, Physio Point, Richard-Kirchner-Str. 39, 34537 Bad Wildungen

2. Verarbeitungszweck

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zu dem Zweck der Kontaktaufnahme

unsererseits, sollte es in Angelegenheiten Ihren Betreuten _____
(bitte Name einfügen) betreffend, notwendig sein. Vordringlich handelt es sich hierbei um die Kontaktaufnahme zur Koordination von Terminen. Ihre Daten werden nur so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich notwendig ist, bzw. so lange Ihre Stellung als Betreuer andauert.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir behandeln alle Ihre Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet nicht statt.

4. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung.

5. Auskunft

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Kenntnisnahme:

- ☐ Ich habe die Datenschutzinformation der o.g. Praxis erhalten und zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich erteile den Praxismitarbeitern ausdrücklich die Erlaubnis, mich namentlich in der Praxis anzusprechen, auch wenn ich mir der Tatsache bewusst bin, dass andere Anwesende meinen Namen dadurch erfahren könnten.
- ☐ Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich
 - ☐ per Telefon zu kontaktieren und ggf. eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen.
 - ☐ per Fax zu kontaktieren
 - ☐ per E-Mail zu kontaktieren
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Foto-/Audio- oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden.

6. Widerspruchsrecht

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Name und Unterschrift der betreuenden Person