

## **Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass durch Physio Point

meine Daten bzw. die meines Kindes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

im Rahmen des Behandlungsvertrages zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation (§ 630 BGB), zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Hierfür verwenden wir die folgende Software:

1. THEORG – SOVDWAER Gesellschaft für EDV-Lösungen mbH, Franckstraße 5, 71636 Ludwigsburg
- 2.

Ihre Daten können an weitere direkt an der Behandlung beteiligten Einrichtungen (z.Bsp. Kliniken) oder Personen aus dem medizinisch /therapeutischen Bereich und an die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma (Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart) und/oder das Inkassounternehmen weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Diese Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen darf mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- meine Daten über Anwendungen der Telematikinfrastruktur gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und übermittelt werden.

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 Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der obigen Praxis.

Ich bin darüber informiert, dass die behandelnde Praxis im Rahmen der medizinischen oder therapeutischen Behandlung Zugriff auf meine elektronische Patientenakte (ePA) erhalten kann und medizinische Daten in ePA einstellen kann. Ich weiß, dass dieser Zugriff meine vorherige Einwilligung erfordert, die ich hiermit erteile. Über die Einstellungen in meiner ePA können jederzeit Zugriffsbeschränkungen vorgenommen oder meine Einwilligung widerrufen werden. Diesen Widerruf kann ich ebenso schriftlich bei der obigen Praxis vornehmen.

Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen in diesem Bereich preisgebe.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

**Schweigepflichtsentbindung:**

Ich benenne folgende Person(en) oder Einrichtungen, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen sowie Rechnungen entgegennehmen dürfen:

Name, Vorname / Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

**Kontaktaufnahme durch die Praxis**

Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich per Telefon zu kontaktieren und/oder eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen. Ich stimme der Kontaktaufnahme per SMS oder WhatsApp (z.B. Terminerinnerung/-abstimmung) zu. Ferner willige ich der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per Standard E-Mail an mich oder eine Person /Einrichtung, die in meinem Namen handelt zu. Mir ist es bewusst, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

**Foto- /Audio- oder Videoaufnahmen**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Foto- /Audio- oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden. Mir ist es bewusst, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

**Krankentransportdienste**

Von mir selbst beauftragte Krankentransportdienste oder Taxidienste dürfen Auskunft über Behandlungszeiten (z.B. Behandlungsende) erhalten zum Zweck der Transportorganisation. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

Weitere Anmerkungen:

---

---