



## Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Um zu dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass wir Ihre persönlichen Daten speichern.

Es handelt sich bei den Daten um ihren Namen und ihre Anschrift. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihrer Person und die Kosten erfasst. Diese Daten geben wir unter Umständen weiter an eine Abrechnungsstelle, die mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt ist. Auch können die Daten an Kollegen oder Ärzte zur weiteren Behandlung weitergegeben werden.

Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitten ich (wir) Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben

Name:

Straße:

PLZ Ort:

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

---

Datum / Ort

---

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

### **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß §15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.