Praxis für Physiotherapie & Naturheilkunde Silke Tiede

Praxisschwerpunkte: Kiefergelenkstherapie, Beckenbodentherapie, Neurologie

Ernst-Barlach Str. 8 * 18055 Rostock

Tel.(Fax.): 0381 – 769 18 -19 (-21) * tiede@physiotherapie-rostock.de

www.physiotherapie-rostock. de * www.naturheilkunde-rostock.de

Einwilligung in die Datenverarbeitung

von Herrn/ Frau Vor-und Zuname geb.am DRUCKSCHRIFT ! X

_____

Anschrift: X _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Physiotherapie Silke Tiede meine Daten 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.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen vorstehenden genannten Zweck 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 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 für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis	PHYSIOTHERAPIE Silke Tiede
Straße	E.-Barlach Str 8
Ort	18055 Rostock
	Telefon: 769 18 19

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 ihrerseits dann meine Daten löschen.

X _____ X _____

Ort, Datum Unterschrift