

.....
Name, Vorname

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch das ConVersio Therapiezentrum 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, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma 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

Foto/ Videodokumentation

Im Rahmen einer fachgerechten Heilmitteltherapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. Somit kann es erforderlich sein den Behandlungsverlauf durch Fotos/Video's zu belegen. Diese Foto- /Videodokumentation wird Ihrer Patientenakte beigelegt. Diese Foto / Videodokumentation kann auch dem behandelten Arztes im Rahmen einer weiteren Therapieplanung übermittelt werde. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserem Therapiezentrum dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben

Schweigepflicht

Sie entbinden Ihren behandelten Therapeuten/in der Schweigepflicht gegenüber Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft, Ihres behandelten Arztes oder Krankenhauses. Um den Behandlungsverlauf zu verbessern wird Dieser innerhalb des Therapeuten-Teams besprochen. Die Mitarbeiter des ConVersio Therapiezentrums haben hierfür eine Vertraulichkeitsverpflichtung unterzeichnet.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der 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.

Widerruf

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Conversio Therapiezentrum

Conrad & Conrad GbR

Datenschutzverantwortlich: Sven Conrad

Albertstr.14a

01097 Dresden

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.

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

Des weiteren steht die Widerrufserklärung und diese Datenschutzvereinbarung auf unserer Homepage unter

www.conversio-therapie.de zum download bereit.

.....

Ort, Datum Unterschrift