



## Vereinbarung Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

### **Zwischen**

Herrn/Frau:

Straße:

Wohnort:

Tel.-Nr.:

### **und**

*TL Physiotherapie Praxis - Friedrichstraße 63, 40217 Düsseldorf*

Lieber Patient,

beachten Sie bitte folgende Hinweise:

1. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre **Zuzahlung** in der Praxis zu kassieren. Daher bitten wir Sie, Ihre Zuzahlungsgebühr spätestens zur 2. Behandlung an unserer Anmeldung zu begleichen.
2. Exklusiv für mich reservierte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann oder will, sage ich spätestens 24 Stunden vorher ab, andernfalls werden mir die entstandenen **Kosten** (Preisliste der Praxis) in Rechnung gestellt. Am Wochenende und an Feiertagen bitte eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen.
3. Die Abrechnung einer **Privatverordnung** erfolgt nach der in der Praxis ausliegenden Preisliste, die auch auf der Homepage der Praxis einsehbar ist. Die Bezahlung erfolgt am Ende der Verordnung.

Ich bin damit einverstanden, dass durch die TL Physiotherapie Praxis meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Kontaktaufnahme zwecks Kommunikation, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. Die im Rahmen der vorstehende genannte Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgten.
3. Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
5. Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solchen 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** habe ich gelesen und verstanden.

Düsseldorf den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_