



Datenschutzeinwilligung & Kenntnisnahme

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Um Ihre Behandlung ordnungsgemäß durchführen und abrechnen zu können, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen und medizinischen Daten. Die ausführlichen Pflichtinformationen hierzu hängen in unserem Wartebereich aus (Informationen nach Art. 13 DSGVO). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Folgendes:

1. Behandlungsvertrag & Abrechnung (erforderlich)

- ☐ **Kenntnisnahme und Datenweitergabe:** Ich bestätige, dass ich die Datenschutz-Informationen für Patienten (Aushang/Infoblatt) zur Kenntnis genommen habe. Da die Praxis die Abrechnung standardmäßig über das externe Abrechnungszentrum opta data finance GmbH in Essen abwickelt, willige ich in die Weitergabe meiner Abrechnungs- und Rezeptdaten an diesen Dienstleister ein und entbinde die Therapeuten insoweit von der Schweigepflicht. Dies ist Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung in dieser Praxis.

2. Freiwillige Services & Einwilligungen (optional)

Bitte kreuzen Sie die Services an, die Sie nutzen möchten. Sie können diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft in unserer Praxis widerrufen.

- ☐ **Terminerinnerungen und Praxisorganisation:** Ich willige ein, dass mich die Praxis per [] E-Mail / [] SMS an bevorstehende Termine erinnern oder mir kurzfristige Terminänderungen mitteilen darf. *(Hinweis: Bei unverschlüsselten E-Mails besteht das Risiko, dass Daten von Dritten abgefangen werden können).*
- ☐ **Kommunikation mit behandelnden Ärzten:** Ich willige ein, dass sich die behandelnden Therapeuten dieser Praxis bei Bedarf direkt mit meinen verordnenden Ärzten über meinen Therapieverlauf, Befunde oder die Fortführung der Therapie austauschen und Berichte übermitteln dürfen. Ich entbinde die Therapeuten insoweit von der Schweigepflicht.

Ort, Datum:

Name des Patienten (in Blockschrift):

Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten):