



## **Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten zur Informationsweitergabe**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir Therapeuten verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert werden. Sie stehen allen Mitarbeitern der Praxis mga Physiotherapie & Osteopathie Melanie Franke offen. Sie wurden hiermit darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheits- und Datenschutzerklärung unterschrieben haben.

Ihre Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Kostenträger und überweisende Ärzte übermittelt werden. Ihnen ist bekannt, dass Sie diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen können.

Ich bin damit einverstanden, dass ich Terminbestätigungen und/oder Terminerinnerungen per SMS oder Email erhalte.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift/PLZ \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient