

Einwilligung zur Datenspeicherung und Weitergabe an Dritte

Hiermit erteile ich der oben genannten Praxis für die vollständige Behandlungszeit die Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenweitergabe an Dritte

Name, Vorname, Adresse

Geburtsdatum

ggf. gesetzlicher Vertreter

Für einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis speichern und verarbeiten wir notwendige Daten und arbeiten mit Drittanbietern zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die genannten Stellen weitergeleitet. Sie werden benötigt zur Abrechnung, zur Mitbehandlung oder zur sicheren Handhabung Ihrer Behandlungstermine. Von der Speicherung und Übermittlung betroffenen Daten sind: Name, Adresse, Erreichbarkeit (mobil / Festnetz / E-Mail), Kostenträger, Diagnose, Behandlungsdatum sowie erbrachte Therapiemaßnahmen.

- der Krankenversicherung:** _____
- dem Abrechnungsinstitut:** **Optica, Dr. Güldener GmbH**
- der Praxissoftware:** **iPrax System & inShape Management**
- dem Mitbehandler:** _____
- dem Verordner / Arzt:** **Hausarzt / Facharzt / Zahnarzt**
- _____

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich die Einwilligung zu jeder einzelnen Position ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der jeweilige Widerruf hat in schriftlicher Form (Formular) in der Praxis zu erfolgen.

Ort / Datum

Unterschrift