

Einwilligungserklärung

Einwilligung zur Datenerhebung und -verarbeitung

Jennifer Schneider

Ernährungsberatung
und Diättherapie

Herrn/ Frau:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit willige ich freiwillig und vor Beginn der Behandlung ein, dass durch die Praxis „Jennifer Schneider – Ernährungsberatung und -therapie“ Frau Jennifer Schneider personenbezogene Daten zu folgenden Zwecken erheben, verarbeiten, speichern und nutzen sowie an alle zur Vertragserfüllung notwendigen Beteiligten, z.B.:

- Krankenkassen
- behandelnde*r Ärzt*in

übermitteln und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden darf:

- Angabe der Zwecke (inklusive Angaben wie lange die Daten aufgehoben werden)
- Kontakt mit dem/ der Patient*in (z.B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem/ der Patient*in
- Erstellung von Therapieberichten für den verordneten Arzt/ die verordnete Ärztin
- Folgeangebote

Folgende Hinweise habe ich erhalten:

Alle im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgten auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

- Ohne für mich nachteilige Folgen
- Mit der Folge, dass z.B. die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.

Einen Widerruf muss ich richten an:

Jennifer Schneider
Callenberger Str. 6
96450 Coburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöst. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. Ich bin jederzeit berechtigt, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift