

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten gem. DSGVO



funktionelle
CHIROPRAKTIK

Kontakt

Hugo-Junkers-Straße 6

38518 Gifhorn

Tel.: 05371-619 83 43

Mail: info@funktionelle-chiropraktik.de

www.funktionelle-chiropraktik.de

Name, Vorname des/r Patienten/in

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ / Wohnort

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur medizinischen Behandlung in unserer Praxis (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) ist die Erhebung von personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, notwendig. Deshalb ist hierzu eine Einwilligung des/r Patienten/Patientin oder ihres/r gesetzlichen Vertreters/Vertreterin erforderlich. Ihre Daten speichern wir entsprechend der vorgegebenen Aufbewahrungsfristen. Ich willige ein, dass die Daten wie oben beschrieben erfasst und weiterverarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des/r gesetzl. Vertreters/Vertreterin

EINWILLIGUNG ZUR PORTRÄAUFNAHME FÜR DIE PATIENTENKARTEI

Um unseren Service und unsere Arbeitsabläufe etwas zu erleichtern, hilft es uns, wenn wir von jedem Patienten ein Porträtfoto für die digitale Patientenakte speichern dürfen. Dieses Foto wird nicht veröffentlicht und nicht an Dritte weitergeleitet. Das Foto wird genauso vertraulich behandelt wie all Ihre anderen Patientendaten (siehe Datenschutzerklärung). Natürlich ist das Porträtfoto freiwillig. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns Ihre Einwilligung geben würden. So erleichtern Sie uns unseren Arbeitsalltag und ermöglichen einen ruhigen und geregelten Praxisablauf für Sie und alle anderen Patienten. **Sollten Sie die Einwilligung nicht erteilen wollen, streichen Sie diesen Absatz.** Dies wird keine Konsequenzen auf ihre Behandlung und Betreuung in dieser Praxis haben. Ich willige ein, dass die Praxis Funktionelle Chiropraktik mein Foto wie oben beschrieben verarbeiten darf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Weitere Informationen finden sich in unserer Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des/r gesetzl. Vertreters/Vertreterin

EINWILLIGUNG FÜR DAS VERSENDEN VON E-MAILS UND/ODER SMS

In unserer Praxis bieten wir den Service, dass Ihre Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per E-Mail (sobald technisch möglich auch per SMS) an Sie versandt werden. So können wir gemeinsam Fehler bei der Terminbuchung vermeiden und Ihnen bei der Terminverwaltung helfen. Zusätzlich halten wir, wenn von Ihnen gewünscht, bei Fragen zu Terminen, Neuigkeiten, Sportkursen, Gesundheitsfragen, etc. gerne Kontakt per E-Mail. Auf Wunsch versenden wir auch Ihre Rechnung digital per E-Mail. Für all diese Serviceleistungen benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse und/oder Handynummer. Diese können Sie bei der Anmeldung ausfüllen. Die Inanspruchnahme dieses Service ist völlig freiwillig. Wenn Sie einen/ einige dieser Serviceleistungen nutzen möchten, benötigen wir dafür Ihre Einwilligung. Bei der Nutzung dieser Serviceleistungen werden auch Gesundheitsdaten unverschlüsselt übertragen. Mit meiner Einwilligung verzichte ich freiwillig auf den Schutz der Daten im Rahmen der Übertragung.

Hiermit willige ich zu folgende Serviceleistungen ein:

- » Versenden von Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per E-Mail
- » Versenden von Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per SMS
- » E-Mail-Korrespondenz bei Fragen zu Terminen, Neuigkeiten, Sportkursen, Gesundheitsfragen, etc. ...
- » Versenden von Rechnungen per E-Mail

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Weitere Informationen finden sich in unserer Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des/r gesetzl. Vertreters/Vertreterin

Sie haben Fragen?

Dann sprechen Sie uns gerne an. Tel.: 05371-619 83 43 / www.funktionelle-chiropraktik.de