# Patienteneinwilligung zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO

Praxislogo / Stempel

**Patient/in:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Praxisname:** _____

**Kontakt:** _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Befunde und Therapieunterlagen) im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durch die Praxis _____ elektronisch verarbeitet und gespeichert werden.

Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Behandlungsdokumentation, der Kommunikation mit dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin oder der Krankenkasse sowie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist oder ich ausdrücklich eingewilligt habe.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf kann die Fortführung der Behandlung beeinträchtigen, sofern die Verarbeitung hierfür erforderlich ist.

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der zweckgebundenen Verarbeitung meiner Daten zu.

**Ort:** _____ **Datum:** _____

_____

Unterschrift Patient/in

_____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (falls erforderlich)

Hinweis: Dieses Blankoformular dient zur analogen Einholung der Einwilligung. Bitte Praxislogo/Adressstempel im vorgesehenen Feld anbringen.