

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung zum Behandlungsvertrag

Ich bin einverstanden, dass durch die Ärztliche Praxis für Integrative Medizin Sabine Kurpgoweit in Oldenburg, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- Der Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten
- Zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten mit Ihrem Einverständnis an den weiterbehandelnden Arzt, die Krankenkasse weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen oder den Patienten
- Zur therapeutischen Dokumentation

Ich bin darauf hingewiesen, dass

- das die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.

- Ich bin jederzeit dazu berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Sabine Kurpgoweit, Ärztliche Praxis für Integrative Medizin, Bloherfelder Straße 165, 26129 Oldenburg. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen, und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an die Praxis, gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits meine Daten löschen.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Eine Kopie dieser Vereinbarung erhalte ich auf Wunsch.

Ort, Datum

Unterschrift Patient