

Datenschutz nach DSGVO zur Kenntnisnahme

Zwischen dem Patienten: _____

**und der Praxis für Osteopathie
Iris Ginsberg (HP&Osteopathin D.O.)
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin**

Um in der Praxis für Osteopathie von Iris Ginsberg, behandelt werden zu können, willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert werden. Diese werden lediglich nur für den für die Behandlung und Abrechnung notwendigen Verwaltungsaufwand erfasst und gespeichert.

Ich willige ein, dass die Praxis für Osteopathie, Iris Ginsberg, meine personenbezogenen Daten für die osteopathische Betreuung erheben darf, um eine Anamnese, einen Befund und eine Behandlung durchführen zu können und um die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei der Krankenkasse dem oder Finanzamt, sowie die Erstellung und Aktualisierung des Therapieplanes zu erfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie z.B. zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgespräche gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten und Heilpraktikern zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen diese erforderlich (wie z.B. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdaten-verarbeitende Dienstleister), Anwälte und Inkasso Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine zur osteopathischen Behandlung und Abrechnung notwendigen Daten gespeichert werden, um eine Leistungsabrechnung ordnungsgemäß durchführen zu können. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert.

Sollte die behandelnde Therapeutin der Praxis wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten personenbezogenen Daten an den neuen Therapeutin/en zu.

Widerrufsrecht:

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern, (z.B. Aufbewahrungspflichten durch das Deutsche Steuerrecht).

Einverständnis:

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Kundenkarte bzw. Ihre gespeicherten Daten ihre Gültigkeit.

Ja, ich bin damit einverstanden, Informationen zu Gesundheitsthemen (wie naturheilkundliche Produkte, Sonderaktionen, Vorträge u.a.) sowie persönliche Nachrichten (wie Geburtstagswünsche) schriftlich / digital (Nichtzutreffendes streichen) von der Praxis zu erhalten.

Vorname/ Name:

Straße/ Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Geburtstag:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Heilpraktiker/ Arzt: