**Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Ich bin einverstanden, dass meine Daten durch die **Praxis am Wilsberg \* Andrea Carl \* Physiotherapeutin/Heilpraktikerin** unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

* zur Pflege der Kontaktdaten,
* zur Erfüllung des Behandlungsvertrages,
* zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
* zur therapeutischen Dokumentation
* zum Erstellen von Therapieberichten und Arztbriefen.

Ich bin mir im Klaren darüber, dass diese Daten durch die jeweiligen Empfänger ebenso genutzt und weiterverarbeitet werden können.

Ich gebe meine Daten freiwillig ab und kann mein Einverständnis verweigern. Dies hat allerdings zur Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse oder der Abrechnungsstelle abgerechnet werden kann.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Außerdem bin ich jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personalbezogener Daten zu verlangen.

Meine Einverständniserklärung kann ich mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Dieser Widerruf ist zu richten an:

**Praxis am Wilsberg \* Andrea Carl \* Physiotherapeutin/Heilpraktikerin, Englerthstr. 10, 52134 Herzogenrath**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung, gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann die Daten löschen werden.

Herzogenrath, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in