



Einwilligung in die Datenverarbeitung

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit.a, Art.9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

gegenüber der

Praxis für Physiotherapie Karin Goemans

Bonner Straße 46

50374 Erftstadt

Telefon: 022356981431

E-Mail: info@goemans-physio.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, welche auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke

- Umsetzung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen (über einen externen Sicherheitsserver der Firma Sovdwaer GmbH)

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich meine Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrages nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt. Den anliegende Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zu Kenntnis genommen.

Erftstadt, ____ . ____ . _____

Unterschrift