



Einwilligungserklärung zur Durchführung einer telemedizinischen Leistung in der
Ergotherapeutischen Praxis Christina Pfaff

Ihre Daten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail- Adresse: _____

Handynummer:: _____

Für die Teilnahme an einer Videobehandlung arbeitet unsere Praxis mit dem Dienstleister „sprechstunde.online“ zusammen, der eine ausreichend sichere Verschlüsselung vorhält. Im Rahmen der vertrauensvollen Behandlung, sorgen wir dafür, dass die Privatsphäre, der Datenschutz und das Patientengeheimnis gewahrt wird.

Sie achten während der Videobehandlung:

- auf eine ruhige Umgebung in einem geschlossenen Raum, die Privatsphäre bieten, so dass keine weitere Person anwesend ist, es sei denn es ist eine Unterstützung einer weiteren Person notwendig, welche auf die Schweigepflicht und Datenschutzrichtlinien hingewiesen wurde.
- darauf, dass die Behandlung, sowohl in Ton und Bild, nicht aufgezeichnet wird.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Ergotherapeutische Praxis Christina Pfaff meine Daten zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, Abrechnungsstellen oder dem Klienten selbst, zur therapeutischen Dokumentation und zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Zu diesem Zweck können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, der Krankenkasse und/oder der Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden ihre Daten zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und zur therapeutischen Dokumentation verarbeitet und genutzt.

Ich werde nachfolgend darauf hingewiesen, dass:

- Die im Rahmen der vorher stehenden genannten Zweck 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 und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit 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 an die

Ergotherapeutische Praxis
Christina Pfaff
Fürstenwalder Damm 477
12587 Berlin

zu senden oder per E-Mail an:

info@ergotherapie-friedrichshagen.de

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

Mit dem Vertrag erkläre ich mich einverstanden und willige der Verarbeitung ein.

Ort, Datum

Unterschrift ggf. gesetzlicher Verteter