



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von

Frau _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Hebamme Katrin Engelhard meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Erhebung und Weiterleitung von Laborbefunden, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen und dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden (Art. 13 DSGVO).
- 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 kommen kann und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen, (Art. 15 DSGVO).
- ich jederzeit berechtigt bin, die Unterrichtung (Art. 15 „Auskunftsrecht der betroffenen Personen“ DSGVO), die Berichtigung (Art. 16 „Recht auf Berichtigung“ DSGVO), die Löschung (Art. 17 „Recht auf Löschung“ DSGVO), die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 „Recht auf Einschränkung und Verarbeitung“ DSGVO) oder die Datenübertragbarkeit (Art. 18 „Recht auf Datenübertragbarkeit“ DSGVO) einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Des Weiteren gebe ich meine Einwilligung, dass

- Befunde per E-Mail vom Labor an die Hebamme gesendet werden dürfen und diese die Befunde per E-Mail an mich weiterleitet.
- Ich habe verstanden, dass meine Daten im Rahmen einer Überprüfung anonymisiert von einem Auditor / einer Auditorin eingesehen werden können.

Widerrufsrecht, nach Art. 21 DSGVO

Im Falle des Widerrufs ist dieser Widerruf schriftlich zu richten an:

Katrin Engelhard . Haldenweg 4 . 71717 Billensbach

Im Falle eines 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.

✓ **Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.**

Datum und Unterschrift: _____