

Rötsteinstraße 48
93158 Teublitz



Kontakt

0171 1206237

info@heilpraktikerinclaudiabarthbirzer.com

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Frau Claudia Barth-Birzer (Heilpraktikerin) zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlüsse, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass Frau Claudia Barth-Birzer (Heilpraktikerin) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker*innen/Ärzt*innen/Physiotherapeut*innen zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/oder bei anderen HeilpraktikerInnen/ÄrztInnen/PhysiotherapeutInnen Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzl. Vertreter*in