

## **Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten**

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraxis & Physiotherapie Rennerich Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer elektronischen Patientenakte.

Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber mir widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich führe die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift

## **Schweigepflichtentbindung**

Ich entbinde meine Heilpraktikerin von ihrer Schweigepflicht, um mit dem therapieverordnenden Arzt, Daten untereinander auszutauschen.

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zweck der interdisziplinären Kommunikation. Es werden zu diesem Zweck nur medizinische Daten wie Befunde und Behandlungsberichte übermittelt und ausgetauscht.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindung freiwillig ausstelle und jederzeit widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift

