

DATENSCHUTZ -wird bei uns großgeschrieben!

Schweigepflichtentbindung sowie Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Patientenname, Anschrift, Geburtsdatum

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom (Datum) _____ und der dazugehörigen Folgeverordnungen oder als Selbstzahler zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich meine von mir gewählte Physiotherapiepraxis



von der Schweigepflicht gegenüber Dritter, wie u.a. auch unser Abrechnungszentrum. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für Ihre Therapie.

Die Schweigepflichtentbindung dient zum Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Übermittlung meiner Daten wird unter anderem auch über sogenannte „unsichere Kommunikationswege“ wie bspw. E-Mail oder Fax, von mir gestattet. Ich bin von der Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass diese Übertragungswege nicht sicher sind und Gefahren für meine Daten birgt.

Die Schweigepflichtentbindung sowie die die Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege gelten bis auf weiteres und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen, auch getrennt voneinander, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass ich diese freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis schriftlich zu erfolgen.

„SovdSignatur“

(Ort/ Datum)

(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters)