cube of mobility®

Datenschutz Heilpraktiker

Liebe Patientinnen und Patienten,
die neue Datenschutz-Grundverordnung verlangt von uns folgende Mitteilung:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erfassen, elektronisch gespeichert werden. *In meiner Praxis haben alle Mitarbeiter/innen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.*

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung:

1. zur Datenübermittlung zur Rechnungserstellung bei der Weitergabe an die private Krankenversicherung oder Beihilfestelle zur Erstattung. (*Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)*
2. zur Datenübermittlung (z.B.Untersuchungsergebnisse) an mit- und/oder weiterbehandelnde Therapeuten oder Ärzte, wenn dies zum Wohle Ihrer Gesundheit benötigt wird. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen Heilpraktikern und Therapeuten anfordern dürfen. (*Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)*
3. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor _____ zu senden, da nicht alle Untersuchungen in unserer Praxis durchgeführt werden können. (*Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)*

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.
Name des Patienten:

Praxisstempel & Unterschrift

_____ Ort, Datum Unterschrift

_____ Ort, Datum Unterschrift