

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Zwischen Frau: _____ geb.am:

Nachfolgend Leistungsempfängerin genannt und der Hebamme Cornelia von Böhm

Ich gebe mein Einverständnis, dass die Hebamme Cornelia von Böhlen meine Daten zu folgenden Zwecken erheben, verarbeiten und nutzen darf:

zur Kontaktdatenpflege, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung ihrer erbrachten Dienstleistungen mit den Krankenkassen oder Abrechnungsstellen bzw. mit mir als Privatversicherte, zur Betreuungsdokumentation und für das Verfassen von Übergabeprotokollen oder Arztbriefen.

Meine Daten dürfen zu diesen Zwecken an den überweisenden Arzt/die überweisende Ärztin, an die Krankenkasse und/oder an die Abrechnungsfirma weitergereicht oder elektronisch übermittelt werden. Bei diesen Institutionen werden diese Daten zu folgenden Zwecken gebraucht: zur Kontaktdatenpflege, zur Abrechnung der erbrachten Dienstleistungen mit den Krankenkassen, zur Betreuungs- oder Leistungserbringungsdokumentation.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass

- meine erhobenen persönlichen Daten bezogen auf die oben genannten Zwecke unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, verarbeitet, gebraucht und gesendet werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgen. Ich kann mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann oder nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- ich immer befugt bin, über die zu meiner Person gespeicherten Daten Informationen zu verlangen.
- ich jederzeit verlangen kann, dass einzelne meiner personenbezogenen Daten berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden.
- ich immer befugt bin, diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an:

Hebamme Cornelia von Böhlen

Dr.-Nicolas-Str. 3, 25980 Sylt/Westerland

Bei einem Widerruf werden meine persönlichen Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Eingang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

Die „Informationen zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungsempfängerin