

Einwilligung zur Datenweitergabe an ein Abrechnungszentrum



Ganzheitliche Physiotherapie Huber

**Schlegeleinsweth 12
91541 Rothenburg ob der Tauber**

**Telefon: 09861/5666
Telefax: 09861/9189635**

**e-Mail: praxis@ganzheitlich-huber.de
Homepage: www.ganzheitlich-huber.de**

Lieber Patient,

zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch

Name und Anschrift des Abrechnungszentrums

bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich oben genannter Praxis für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe:

Name, Vorname, Adresse

Geburtsdatum Ggf. gesetzlicher Vertreter

Mir ist bekannt dass ich sie freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Die Datenschutzhinweise (DSGVO) liegen in der aktuellen Fassung in der Praxis aus und sind auch online auf unserer Homepage einsehbar.

Ort / Datum

Unterschrift