

Einverständniserklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich erkläre mich einverstanden mit der

Weitergabe dieses Formulars und der zum Zwecke der Erstellung der Patientenkartei sowie zur Abrechnung der gesetzlich von den Sozialversicherungsträgern geforderten personenbezogenen Daten (§ 302 SGB V), insbesondere von Daten aus meiner Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, ärztliche Verordnung, Behandlungsdaten und -Verläufe), an die *Abrechnungsstelle Mittelrhein für physikalische Therapie* für Zwecke der Abrechnung meiner Behandlungskosten durch die Sozialversicherungsträger. Ich wurde darüber informiert, dass meinem Sozialversicherungsträger meine persönlichen Daten verschlüsselt übermittelt werden.

Datenschutzerklärung

Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten bin ich einverstanden. Das diese und meine von den Sozialversicherungsträgern angeforderten Behandlungsdaten von dem Therapeuten und der *Abrechnungsstelle Mittelrhein für physikalische Therapie* - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Abrechnung. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Art. 14 der EU-Datenschutzgrund-Verordnung (DS-GVO).

Insoweit entbinde ich die Therapeuten ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass sie die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen gegen meine Krankenkasse durch die *Abrechnungsstelle Mittelrhein für physikalische Therapie* abrechnen lassen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung mit Datenschutzerklärung habe ich erhalten.

Widerruf

Diese Zustimmung kann jederzeit - allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber dem Therapeuten oder der *Abrechnungsstelle Mittelrhein für physikalische Therapie*, Clemens-August-Straße 5, D-53115 Bonn, zu erklären. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Falle meines Widerrufs die Abrechnung meiner Behandlungskosten durch den Therapeuten und durch die *Abrechnungsstelle Mittelrhein für physikalische Therapie* nicht mehr möglich ist und ich diese Kosten privat zu zahlen habe.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift Patient/-in bzw.
gesetzliche/-r Vertreter/-in