

Einwilligung zur Nutzung medizinischer Daten

Ich Patient/in ,

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

willige ein, dass Mario Brzosc, Heilpraktiker Freystadt Naturheilpraxis meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen weiterleiten darf. Hierzu gehören insbesondere folgende Daten: Diagnose, Anamnese, Vorerkrankungen, durchgeführte Behandlungen, Behandlungsverlauf, verschlüsselter E-Mailverkehr, Rechnungen, Labordaten usw.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre persönliche Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/in, Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankenversicherungen und Verrechnungsstellen sein.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Heilpraktiker Mario Brzosc. Dieser kann persönlich, postalisch oder per E-Mail erfolgen.

Mario Brzosc Heilpraktiker

Schweninger Str. 2

92342 Freystadt

info@heilpraktiker-freystadt.de

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in