

# Datenschutz | Einwilligung

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte/r) mich damit einverstanden, dass die Praxis für Osteopathie, vertreten durch den Praxisinhaber, Frau Ann-Kathrin Pult,

- ✓ die mein Kind betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 b DSGVO) verarbeitet und speichert und
- ✓ diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- ✓ die die Behandlung meines Kindes betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- ✓ die die Behandlung meines Kindes betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mein Kind verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (der hessische Datenschutzbeauftragte) und kann die Übersendung der mein Kind betreffenden, von mir oder meinem Kind zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

## Bitte ankreuzen

Ich bin damit einverstanden,

- die Rechnung als E-Mail-Anhang zu erhalten O ja    O nein
- dass auf ärztlichen Wunsch hin ein Bericht an den überweisenden Arzt übermittelt wird O ja    O nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift