

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte/r, _____
(Name, Vorname der zu behandelnden Person bzw. dessen gesetzliche Vertretung)

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Es kann vorkommen, dass während des Therapieverlaufs Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, besprechen Sie dies bitte direkt mit Ihrem/ Ihrer behandelnden Therapeut:in.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeut:innen für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der/ die Therapeut:in die Behandlung ablehnt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die von Ihnen gemachten Angaben als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert werden, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren (vgl. § 630 f Abs. 3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihre/n behandelnde/n Therapeut:in. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, die Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift