



Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten und zur Kontaktaufnahme

Ich,

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie GbR meine Patientendaten bzw. die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ich habe die Informationen zum Datenschutz in der Praxis zur Kenntnis genommen und konnte dazu Rückfragen stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mich oder mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich oder mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich oder das Kind weiter behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer nach Unterzeichnung einer gesonderten Entbindung von der Schweigepflicht übermittelt werden dürfen.

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis auch digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht unverschlüsselt digital versandt. Über die prinzipielle Unsicherheit der digitalen Kommunikationswege wurde ich informiert.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- SMS _____
- E-Mail mit folgender Anschrift _____

Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ort, Datum, Unterschrift