

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich/Wir _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin/sind damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, bzw. die meines/unseres Kindes

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

von Frau Saskia Anders-Giehl, Heilpraktikerin, zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Diagnosen, Medikation, Therapieempfehlungen, Befunde usw., bzw. um die entsprechenden Daten meines/unseres Kindes.

bin/sind damit einverstanden, dass Frau Saskia Anders-Giehl mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, bzw. die meines/unseres Kindes, an andere Heilpraktiker/Ärzte/Therapeuten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt

und/oder

bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Therapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung, bzw. für die meines/unseres Kindes, erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in; bzw. gesetzl. Vertreter