

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte/r Patient/in

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ab dem Moment, in dem Sie einen Termin mit mir vereinbaren, erhebe ich personenbezogene Daten.

Ich ergreife alle gesetzlich erforderlichen Maßnahmen, um Ihre Daten zu schützen.

Ohne die Daten bin ich nicht in der Lage eine Behandlung durchzuführen.
Es steht Ihnen frei, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern.

Innerhalb meiner Praxis erhalten nur diejenigen Zugriff auf ihre Daten, die diese zur Wahrung der rechtlichen, vertraglichen und gesetzlichen Pflicht benötigen.

Bei Fragen zu dieser Datenschutzerklärung wenden Sie sich bitte an mich.

Nichtzutreffendes bitte auf der Rückseite durchstreichen!

Vielen Dank

Ihre Logopädin Sabrina Mann



Für einen reibungslosen Behandlungsablauf wird die Logopädiepraxis Sabrina Mann von der Schweigepflicht gegenüber folgender Empfänger entbunden: (Nicht zutreffendes bitte streichen!)

- behandelnde Ärzte
- gesetzl. Betreuer/in
- Familienmitglied/er: _____
- andere Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind
- Pflegedienst
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (nur in vorheriger Absprache mit Ihnen)
- Pflegeeinrichtung (Heim, betreutes Wohnen etc.)
- Optica Abrechnungszentrum (Abrechnung mit den Krankenkassen)
- Krankenkasse (nur in vorheriger Absprache mit Ihnen)
- Rentenversicherung (nur in vorheriger Absprache mit Ihnen)
- öffentliche Stellen und Aufsichtsbehörden (z.B. Berufsgenossenschaft)
- Dienstleister, die mich unterstützen (z.B. Steuerberater)

Folgende personenbezogene Daten dürfen eingefordert und / oder übermittelt werden:

- Kontaktdaten
- Termine
- Berichte
- Befunde
- Fotos
- Videos

Folgende Kommunikationswege dürfen ohne weitere Sicherheitsmaßnahmen und unverschlüsselt weitergeleitet werden: (Bitte Nummer etc. angeben)

- per Post _____
- E-Mail: _____
- SMS _____
- WhatsApp: _____
- Sonstige: _____

Ihre Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation archiviert. Sie können ihre Dokumentation jederzeit einsehen und Fotokopien anfordern.

Sind Ihre Daten für die Erfüllung vertraglicher und gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese gelöscht.

Datum, Unterschrift Patient/in oder Bevollmächtigte/r:
