

KLIENTEN-EINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

mit unser „Klienten-Information zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wenn wir dazu Ihre Einwilligung erhalten haben.

Damit wir Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Betreuung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, etc.) übermitteln dürfen (z.B. mittels Arztbrief, Telefon, Telefax), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler, Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

ein, dass Daten über die Betreuung bei Bewo am Heumarkt und Praxis für Soziotherapie, Heumarkt 48, 50667 Köln an

- Praxen oder Krankenhäuser in denen ich erwiesenermaßen in Behandlung bin oder war
 meinen derzeitigen Pflegedienst

weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Bewo am Heumarkt und Praxis für Soziotherapie jederzeit formlos widerrufen kann. Von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannte/n Einrichtung/en von der Schweigepflicht.

Hiermit willige ich auch ein, dass die Praxis Bewo am Heumarkt und Praxis für Soziotherapie mit mir über

Telefon _____

Telefax _____

Mail _____

Postweg _____

andere Wege _____

in Kontakt treten darf. Ich werde die Praxis sofort informieren, wenn sich meine personenbezogenen Daten geändert haben.

Köln, Datum _____

Unterschrift Klient/in bzw. Betreuer/in _____