

# 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 Praxis für Soziotherapie & Betreuungsbüro Heumarkt Rudolfplatz 12, 50674 Köln an

- Praxen oder Krankenhäuser in denen ich erwiesenermaßen in Behandlung bin oder war
- meinem derzeitigen Pflegedienst
- \_\_\_\_\_

weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis für Soziotherapie & Betreuungsbüro Heumarkt 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 für Soziotherapie & Betreuungsbüro Heumarkt 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 \_\_\_\_\_