

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau _____

Anschrift _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Firma Schuh-Junkel GmbH meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Erbringung meiner Hilfsmittelversorgung
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder meiner Person
- zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den verordnenden/überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort dürfen diese Daten ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden und einverstanden, dass

- die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass ein Auftrag zur Leistungserbringung nicht erfüllt werden kann, bzw. nicht zustande kommt und mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Firma Schuh-Junkel GmbH, Vikariatsgasse 7, 06295 Lutherstadt Eisleben

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung von der Firma gelöscht. Die Firma wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift/ gesetzlicher Vertreter

Für die Anmeldung als Stammkunde bitte Anmeldekärtchen ausfüllen!