

KLIENTEN-EINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

mit unserer „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

Klient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit willige ich ein, dass Daten über die Praxis zur Soziotherapie, **gandhicare GmbH, Kirschheiderbroich 16 / 51503 Rösrath** an Praxen, meinen derzeitigen Pflegedienst _____ oder Krankenhäuser in denen ich erwiesenermaßen in Behandlung bin oder war weitergegeben dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der **gandhicare GmbH, Kirschheiderbroich 16 / 51503 Rösrath** 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 **gandhicare GmbH, Kirschheiderbroich 16 / 51503 Rösrath** mit mir über Telefon, Telefax, Mail, Postweg und andere Wege: _____ in Kontakt treten darf. Ich werde die Praxis sofort informieren, wenn sich meine personenbezogenen Daten geändert haben.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in bzw. Betreuer/in