

Logopädische Praxis
Claudia Steiner
Rotwandstrasse 12
85609 Aschheim
Telefon: 089/90 97 99 45
Fax: 089/ 92 10 46 41

Einverständniserklärung nach § 4 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich bin damit einverstanden, dass die Logopädische Praxis Claudia Steiner meine personenbezogenen Daten und Angaben zur Gesundheit speichert.

Die Logopädische Praxis Claudia Steiner ist nicht berechtigt, meine Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Vorschriften und Gesetze machen dieses erforderlich, wie bspw. an die gesetzliche oder private Krankenkasse des Patienten, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, Auftragsdatenverarbeitende Dienstleister, OPTIKA Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Postfach 103661, 70031 Stuttgart). Damit erkläre ich mich einverstanden.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zum Austausch behandlungsrelevanter Daten mit meinem verordnenden Arzt (z.B. Behandlungsbericht) und befreie sowohl diesen Arzt/diese Ärztin, als auch die Logopädische Praxis Claudia Steiner zum Zweck einer guten Behandlungskoordination von ihrer Schweigepflicht.

Die Logopädische Praxis Claudia Steiner darf mit mir per Telefon, E-Mail und WhatsApp in Kontakt treten.

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß §4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß §4 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Einsicht in meine Daten zu erhalten, sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen.

Ich bin darüber informiert, dass diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Logopädischen Praxis Claudia Steiner widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Logopädische Praxis Claudia Steiner verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen bzw. wenn technisch nicht möglich oder unverhältnismäßig aufwendig ersatzweise zu sperren, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist dem entgegenstehen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Datum/ Unterschrift: _____

(Bei Personen unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)