Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Frau …….

Anschrift …….

Ich bin einverstanden, dass durch die Hebamme BRISKA HAACK meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:
Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder Ihnen selbst als Privatversicherte, zur Betreuungs- Dokumentation und Erstellen von Übergabeprotokollen oder Arztbriefen.

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

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (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 der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse 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:

Hebamme/ Hebammenpraxis BRISKA HAACK

Im Hühneracker 1

79541 Lörrach

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

Die *„Informationen zum Datenschutz*" habe ich gelesen und verstanden.

……. ……..

Ort, Datum Unterschrift