



## *Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten*

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_, Patient bei der Ergotherapeutischen Praxis – Evelin Schreiber (Vertragspartner), in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen ein (§ 34 BDSG). Mir ist bewusst, dass meine Daten während der Behandlung und den damit zusammenhängenden Verwaltungsprozessen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

*Die Art der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden können, umfasst, ist jedoch nicht beschränkt auf:*

- Kontaktdaten wie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse
- Gesundheitsdaten und medizinische Informationen, die im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung erfasst werden
- Abrechnungs- und Zahlungsinformationen

*Ich verstehe, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich für folgende Zwecke verwendet werden:*

- Zur Erstellung, Verwaltung und Aktualisierung meiner Patientenakte
- Zur Planung, Durchführung und Dokumentation meiner ergotherapeutischen Behandlung
- Zur Abrechnung und Verwaltung von Zahlungen im Zusammenhang mit meinen Therapiesitzungen

Mir ist bewusst, dass meine Daten vertraulich behandelt werden und ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 34 BDSG).

Ich habe das Recht, meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit schriftlich zu widerrufen. Ein Widerruf hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die vor dem Widerruf erfolgt ist. Des Weiteren habe ich das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner personenbezogenen Daten, sobald sie nicht mehr dem ursprünglichen Zweck meiner Behandlung dienen, es sei denn, dies ist gesetzlich anders vorgeschrieben (§ 35 BDSG).

Die Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gilt für die Dauer meiner Therapie und darüber hinaus, solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten)