



Praxis für Psychotherapie · Rennershofstraße 3 · 68163 Mannheim

Patient/in:

Vorname	Name	geb. am
Straße Hausnummer		PLZ / Ort

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt / Psychotherapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertenstatus, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte / Psychotherapeuten erhoben haben, einschließlich Arztbriefen.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatarztlliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Versicherter