

Einwilligung zur Datenweitergabe an Dritte

Patientenname

Anschrift

Geburtsdatum

Einverständnis zur Datenübermittlung

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit der

Steuerkanzlei Menrath in Passau, IPrax in München, Optica Abrechnungszentrum in Stuttgart

zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die genannten Stellen weitergeleitet, die diese zu folgenden Zweck(en) verarbeiten:

Abrechnung mit den Krankenkassen

Folgende Daten von Ihnen sind betroffen:

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Termindaten

Ich willige ein, dass oben genannte Praxen im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten zu oben genannten Zweck(en) an das oben genannte Dienstleistungsunternehmen übermittelt.

Bitte beachten Sie:

- **Termine die nicht innerhalb 24h vorher abgesagt** oder unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, **werden privat in Rechnung gestellt.**
- **Für Kinder bis 18 Jahre ist pro jeder neuer Verordnung** beim jeweils ersten Behandlungstermin ein **Materialgeld von 5,00 €** in bar an den Therapeuten zu verrichten.

Das Aufnahmegespräch wurde von folgendem Therapeuten geführt:

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patientenname

Schweigepflichtsentbindung

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich (Patientenname siehe oben) die von mir namentlich benannten Personen/Stellen und oben genannte Praxen untereinander von Ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Hausarzt / Kliniken / Facharzt

Kindergarten / SPZ / Schule

Praxis für Logopädie Anna Schießleder-Haden / Praxis für Ergotherapie Stefanie Nosko-Klitsch

Rezepte dürfen vom Therapeuten beim Arzt geholt werden.

Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben.

Einwilligung zur Datenweitergabe an ein Abrechnungszentrum

Patientenname

Lieber Patient,

zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch das Abrechnungszentrum

Optica Abrechnungszentrum, Dr. Güldener GmbH, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart

bearbeitet.

Wir bitten Sie daher mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich oben genannter Praxis für die vollständigen Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe.

Einwilligung zur Foto-/Videodokumentation

Sehr geehrte Frau/Herr

Sehr geehrte Angehörige/gesetzliche Vertreter,

Im Rahmen einer fachgerechten Heilmitteltherapie sind wir verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. In Ihrem Behandlungsfall ist es zur Dokumentation Ihres Behandlungsverlaufs sinnvoll, diesen durch Fotos/Videos zu belegen. Mit deren Hilfe können wir objektiv Ihren aktuellen Zustand und die Therapiefortschritte festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Behandlung überprüfen und verbessern.

Aus diesem Grund werden Foto-/Videoaufnahmen gemacht, die Ihrer Patientenakte beigelegt werden. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben.

- ✓ Die Foto-/Videodokumentation wird im Rahmen der weiteren Therapieplanung an den verordnenden Arzt/an folgende Person _____ übermittelt.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass meine Foto-/Videodokumentation zu oben Genannten Zweck an die benannte Person übermittelt wird.
- ✓ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation/Video-Dokumentation im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert, verändert oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann. Die Information zur Foto-/Videodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich

Patientenname

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten z.B. Termindaten und/oder Kontaktdaten durch die

Ergotherapie Praxis Stefanie Nosko-Klitsch
Logopädie Praxis Anna Schiessleder-Haden

Über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherheitsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse

WhatsApp an folgende Nummer

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Seiten 1 – 6 gelesen habe.

Pocking, _____
Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Datenschutzerklärung zum Patientenfragebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebögen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von Jahren (vgl. § 630 f Abs. 3 BGB.) Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam