



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Herrn Michael Bauer (Praxis Michael Bauer) zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass Herr Michael Bauer mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physio-/Psychotherapeuten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/oder

bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physio-/Psychotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)