



Logo Loft
Praxis für Logopädie

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung und Übermittlung von Patientendaten

Patient:
(Vorname, Name des Patienten)

.....
(bzw. gesetzlichen Vertreters)

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Logo Loft meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- *über den Umfang und die Art meiner Daten
- *über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- *über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

*mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Therapeuten und Leistungserbringer zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

*mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Therapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

*dass meine Daten zur Erhebung und Abrechnung mit der Praxissoftware Iprax erfasst und über das Schweriner Rechenzentrum abgerechnet werden.

<https://www.iprax-systems.com/iprax/datenschutz.html>

<https://srzh.de/datenschutz.html>

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

**Ich stimme der Nutzung folgender Kommunikationswege zu:
(Bitte ankreuzen und Daten handschriftlich eintragen)**

E-Mail

Telefon

SMS

Whatsapp

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters)