

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich wurde darüber informiert, dass zum **01.01.2026** ein Inhaberwechsel der physiotherapeutischen Praxis stattgefunden hat. Die Praxis wird seit diesem Zeitpunkt von **Michael Kostinek** als neuem Praxisinhaber unter dem Namen **Therapiewerk** weitergeführt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine bisher bei der **Praxis Sauerwein-Kästle** erhobenen personenbezogenen Daten – insbesondere Gesundheits-, Behandlungs- und Abrechnungsdaten – im Rahmen des Praxisübergangs auf den neuen Praxisinhaber übergehen und von diesem weiterverarbeitet werden.

Ich bin einverstanden, dass durch das **Therapiewerk** meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation sowie zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt dabei ausschließlich zu therapeutischen, organisatorischen und abrechnungsrelevanten Zwecken im Rahmen des bestehenden Behandlungsverhältnisses.

Zu den genannten Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder eine Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden die Daten ebenfalls ausschließlich zu den genannten Zwecken verarbeitet und genutzt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und **dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.**
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Bitte wenden !!!

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Therapiewerk - Wasserburger Landstr. 243 - 81827 München

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten **nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind**, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Datenschutzerklärung: Zusatz zur Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

- Ich bin damit einverstanden, dass ich an der Rezeption, im Wartezimmer, und in den Behandlungskabinen im Rahmen der gebotenen Diskretion mit meinem Namen angesprochen werde, auch wenn Dritte diese persönliche Ansprache mithören können.
- Ebenso darf ich bei Telefonaten, ggf. auch auf den Anrufbeantworter, mit meinem Namen angesprochen werden und es dürfen Nachrichten auf den Anrufbeantworter gesprochen werden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Behandlungen auch in nebeneinander liegenden Kabinen erfolgen. Gespräche mit vertraulichem und privatem Inhalt werden dabei so geführt, dass Dritte nicht mithören können.
- Für besonders vertrauliche Gespräche sieht die Praxis die Behandlung in einer Einzelkabine oder einem Einzelzimmer vor.
- Ich bin damit einverstanden, dass in Zeiten, in denen die Rezeption nicht besetzt ist, in Ausnahmefällen mein Rezept zur Unterschrift nach der Behandlung auf dem Anmeldetresen bereitgelegt wird.

.....
- Ort, Datum

.....
Unterschrift