

Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit willige ich freiwillig ein, dass durch die ambulante Ernährungstherapie am Klinikum Kassel personenbezogene Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt sowie an alle notwendigen Beteiligten

- Arzt
- Krankenkasse
- Psychologe
- Physiotherapie

übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarung, Absage von Terminen)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Therapieberichten für den verordneten Arzt
- Folgeangebote

Folgende Hinweise habe ich erhalten:

Alle im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgten auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (bitte ankreuzen)

- Ohne für mich nachteilige Folgen
- Mit der Folge, dass z. B. die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.

Einen Widerruf muss ich richten an:

Klinikum Kassel GmbH
Carolin Gutheil, Pamela Hörmann, Kerstin Markschat, Elisa Nitzbon
Haus G | Ebene 6 | Zimmer B9
Mönchebergstr. 41 - 43 | 34125 Kassel

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöscht. Die ambulante Ernährungstherapie des Klinikums Kassel wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen und bin jederzeit berechtigt, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift