Physio Vital
Aplerbecker Straße 355 , 44287 Dortmund
Tel.: 0231-882200881 Mobil: 01515 8771237
E-Mail: into@physiovital-dortmund.de

Physio Vital Aplerbecker Straße 355 44287 Dortmund

Herrn/Frau

Einwilligungserklärung

Hiermit befreie ich meine*n therapeutische*n Behandlerin für diese und künftige Behandlungen von seiner*ihrer beruflichen Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten an die rfhm GmbH, Claudius-Keller-Str. 3C, 81669 München, Tel.: 089 21540010 (im Folgenden „rfhm") einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. rfhm ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Abrechnung durch die rfhm, zur Abtretung der Forderungen gegen sämtliche gesetzlichen Krankenkassen an die rfhm sowie zum Forderungseinzug durch diese und zu der jeweils erforderlichen Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung der für Abrechnung, Abtretung und Forderungseinzug notwendigen (besonderen) personenbezogenen Daten an die reim. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt. Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen die rfhm Forderungsinhaber wird und mein*e therapeutische*n Behandler*In im Falle eines Rechtsstreits als Zeugeln gehört werden kann; ich entbinde diese*n sowie die 'Ihm von der Verschwiegenheitsverpflichtung auch im Hinblick auf Abtretung und Forderungseinzug. Die Einwilligung umfasst auch die ggf. Weiterabtretung zu Refinanzierungszwecken seitens der reim an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, diese allerdings anonymisiert.

Die Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung erfolgt auf Grundlage dieser Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden, gleiches gilt für eine Einschränkung der Verarbeitung: Hierzu kann ich mich an die obige Anschrift der rfhm wenden. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Ich habe jederzeit das Recht, über die vorgenannten Kontaktdaten kostenlos Auskunft zu erhalten über meine gespeicherten Daten, sowie die Berichtigung, Löschung oder Datenübertragbarkeit zu verlangen. Ebenso kann ich mich bei Fragen an die Datenschutzbeauftragte der lern, die activeMind AG, Potsdamer Strasse 3, 80802 München wenden. Es besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde.

Hiermit willige ich in die o.g. Punkte ein und bestätige, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

Dortmund,

Unterschrift

Datum, Unterschrift des*r Patienten*in bzw. im Falle von Kindern / nicht oder eingeschränkt Geschäftsfähigen der*die berechtigte*n Erziehungsberechtigte*n / Vertreterin