



Luigi ARGENTATO

Centrum für ganzheitliche Physiotherapie

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Anschrift: _____ geb. am: _____

Liebe Patienten, ab dem 25.05.2018 gelten in der EU die neuen Datenschutzverordnungen.

Um dokumentieren und die Leistungen abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass wir Ihre persönlichen Daten speichern.

Es handelt sich um Ihren Namen, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer.

Weiter werden Daten zur Behandlung und den Kosten erfasst. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ausnahmen sind Daten / Berichte, die an Kollegen, Ärzte, Krankenkassen und Steuerberater weitergegeben werden.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen hierzu eine Einwilligung.

- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung gespeichert werden.**

Papenburg, den _____

Unterschrift _____

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht. Sie sind gemäß §1 DSGVO jederzeit berechtigt, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Nach §17 DSGVO dürfen Sie jederzeit eine Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten verlangen. Außerdem dürfen Sie jederzeit ohne Einhalten einer Frist von Ihrem Recht auf Widerspruch Gebrauch machen.

-
- **Ich bin damit einverstanden, von der Praxis im Zuge der Terminvereinbarung oder Behandlungsbesprechung telefonisch, per Email, SMS oder Fax kontaktiert zu werden.**
 - **Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich frühzeitig den bestehenden Termin (24 Stunden vorher) absage, um eine Ausfallrechnung zu vermeiden.**

Whats App Ja

Nein

Papenburg, den _____

Unterschrift _____