



Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Damit ich bei Ihrem Kind notwendige heilpädagogische Behandlungen durchführen kann, benötige ich von Ihnen und Ihrem Kind persönliche und gesundheitsbezogene Informationen.

Diese Daten werden von mir gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die heilpädagogische Behandlung erforderlich sind. Zusätzlich benötige ich Ihre Daten für die Verrechnungsstellen bei den Leistungsträgern.

Ich versichere Ihnen, dass ich Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb meiner Praxis und nur für den genannten Zweck nutze. Eine Speicherung der personenbezogenen Daten erfolgt grundsätzlich nur solange, wie dies für die Behandlung erforderlich ist. Ich bin rechtlich verpflichtet, diese Daten mindestens 8 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Sollte aufgrund der Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit Ärzten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Leistungsträgern notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte außerhalb der Praxis weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer und hauptsächlich die personen- und gesundheitsbezogenen Daten Ihres Kindes einverstanden.

Sie können jederzeit Auskunft über die personenbezogenen Daten oder deren Löschung verlangen- muss dies über ein formloses, kurzes Schreiben durch Sie erfolgen.

Ich/wir erklären uns einverstanden, das die Praxis „Die Schatzinsel“ unsere und die meines Kindes personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Behandlung, Abrechnung und bei beteiligten Dritten (Ärzte, Kostenträger/Ämter, Therapeuten, pädagogische Fachkräfte) erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die Praxis darf die Daten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

Ort und Datum

Unterschrift Eltern/Bevollmächtigter