



## Einwilligung in die Nutzung medizinischer Daten

Ich,

\_\_\_\_\_ (Vorname, Name) willige ein, dass Stefanie Kriesl und die Mitarbeiter der Praxis meine personenbezogenen und Gesundheitsdaten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. dürfen.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits, nicht an Dritte weitergegeben. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist nach Art.6 (1) a iVm. Art. 9 (1) Nr.1 DSGVO nach Erteilung der Einwilligung rechtmäßig.

Des Weiteren willige ich ein, dass Stefanie Kriesl und die Mitarbeiter der Praxis mit mir telefonisch, postalisch oder per E-Mail Kontakt aufnehmen können.

Ich habe die ausgehändigte Patienteninformation gelesen und stimme dieser zu.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Stefanie Kriesl. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch oder per E-Mail erfolgen.

Stefanie Kriesl  
St. Emmeram 52  
81925 München  
Tel: +49 (0)89-92334336  
Email: [sk@stefanie-kriesl.de](mailto:sk@stefanie-kriesl.de)

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

## Einverständniserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Der/Die Patient/in

Nachname/ Vorname

Geburtsdatum

Straße/ Hausnummer/ PLZ/ Wohnort

erklärt Folgendes:

ist minderjährig und für ihn/sie erklärt der/die gesetzliche Vertreter/in

Nachname/ Vorname

Geburtsdatum

Vater  Mutter  Sonstiges, und zwar:

Stellung zum/r Patienten/in

der/die hiermit zugleich ausdrücklich versichert, alleinvertretungsberechtigt bzw. von dem/der Mitvertretungsberechtigten hierzu ermächtigt zu sein, Folgendes:

Ich bin einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befund, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge) an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern
- möglichen Einholung einer Information durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern bei einer Auskunft oder Kreditschutzorganisation zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit. Dies geschieht nur in Fällen einer erfolglosen letzten Mahnung durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern.

Mir ist bewusst

- dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Die PVN ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

und entbinde meine/n Behandler/in bzw. die Praxis

Praxis Stefanie Kriesl  
Heilpraktikerin, Osteopathin DO COE (BAO), Physiotherapeutin  
Praxis: St. Emmeram 52 · D-81925 München-Oberföhring  
Telefon: +49 (0) 89 - 92 33 43 36 · Mail: sk@stefanie-kriesl.de  
Web: www.stefanie-kriesl.de

Praxis-/Klinik-Stempel

sowie die Privatärztliche Verrechnungsstelle von ihrer/ seiner Schweigepflicht, soweit dies für die in den Stichpunkten genannten Zwecke erforderlich ist. Mir ist bewusst, dass mein/e Behandler/in im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung als Zeuge/in gehört werden kann. Ebenso ist mir bewusst, dass meine Zustimmung zu dieser Einverständniserklärung vollkommen freiwillig ist und mir im Falle einer Verweigerung keinerlei Nachteile drohen.

Diese Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern wenden.

Sie haben jederzeit das Recht, bei uns über die obigen Kontaktdaten kostenfrei Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Auch stellen wir Ihnen Ihre Daten gerne in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung.

Bei Fragen zu diesen Rechten können Sie sich gerne auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:  
DatenschutzKontor, Daniela Wilfert, Datenschutzbeauftragte DSB-TÜV, Brawaweg 5, 85465 Langenpreising,  
Tel: +49 (0) 8762 73 78 653, Fax: +49 (0) 8762 72 59 87, Mobil: +49 (0) 171 122 537 5,  
Web: [www.DaScKo.de](http://www.DaScKo.de), E-Mail: [info@DaScKo.de](mailto:info@DaScKo.de)

Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern - Neuburger Str. 101 - 94036 Passau  
Tel: 0851-57505-Fax: 0851-57587-Mail: [kontakt@pvn-schmidbauer.de](mailto:kontakt@pvn-schmidbauer.de)