

Einwilligung

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die durch meine Praxis Arthro-Just Claudia Hirsch erhobenen Daten (im folgenden Daten genannt) ein.

Im Einzelnen willige ich ein in die Verarbeitung meiner Daten, insbesondere Gesundheitszustand, Anamnese, Diagnosen, Therapien, Befunde, Therapievorschlüsse und Empfehlungen sowie Therapiealternativen. Ferner zum Zweck der Erreichbarkeit auch Adresse und Kontaktdaten.

Zudem willige ich in die Übermittlung der notwendigen, zum Zweck der Sicherstellung meiner Behandlung, Betreuung, ggf. Pflege, Daten an folgende Stellen ein:

- alle an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Krankenhäuser
- kassenärztliche Vereinigung
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)
- alle an meiner Behandlung beteiligten Therapeuten
- Sanitätshäuser
- Apotheken

(unzutreffendes bitte streichen)

Mir ist bekannt, dass es sich um sensible personenbezogene Daten handelt und ich die Möglichkeit hatte, alle Fragen zu stellen und diese auch beantwortet wurden.

Widerruf

Diese Einwilligung kann zu jederzeit widerrufen werden und bezieht sich dann nur auf zukünftige Daten.

Die Behandlung und Beratung in meiner Praxis ist eine zusätzliche Leistung und wird nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Der Betrag wird unverzüglich fällig. Eine Erstattung dieser Vergütung durch Erstattungsstellen wird möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Eine Aufklärung über die Risiken und Folgen meiner Behandlung und alternativen Behandlungsmöglichkeiten ist erfolgt. Die Arthro-Just Behandlung und deren Risiken sind mir erörtert worden und bewusst. Dies können in Ausnahmefällen eine ausbleibende Verbesserung oder eine kurz- oder langzeitige Verschlechterung sein.

Zu den seltenen aber aufzuklärenden Risiken zählen Ablösung von Strukturen der Gefäße, die zu einem Gefäßverschluss oder Blutung führen können; Bandscheibenverletzungen mit Nervenschädigungen; Frakturen und Verletzungen der Weichteile.

Ort, Datum

Unterschrift