



**ERGO- & HANDTHERAPIE
SCHMITZ & LIEB**

Einwilligung zur Datenvergabe:

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommene Therapieleistungen durch folgendes Institut bearbeitet:

Optica Abrechnungszentrum Stuttgart

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen.

Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen. Diese sensiblen Daten werden mittels E-Mail, Fax und/oder Telefon übermittelt.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Name, Vorname, Adresse:

Geburtsdatum:

Ggf. gesetzlicher Vertreter:

Ort/Datum:

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters