

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, _____
(Vor- und Zuname, Geb. Datum)

E-Mail: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

E-MAILÜBERMITTLUNG für Honorarnoten und Informationen über PatientInnen

- stimme zu, dass meine behandelnde Logopädin in Rechnung gestellte Honorarnoten und sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (Anamnese, Diagnostik, Therapieverlauf, Therapiebericht) an die oben genannte E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf.

AUSTAUSCH mit zuständigem/er Arzt/Ärztin und dem zuständigen Pflegepersonal

- stimme zu, dass meine behandelnde Logopädin sich über die Therapieinhalte mit dem/der zuständigen Arzt/Ärztin und dem zuständigen Pflegepersonal austauschen darf.

AUSTAUSCH mit Angehörigen

- stimme zu, dass meine behandelnde Logopädin sich über die Therapieinhalte mit folgenden Angehörigen _____ austauschen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten könnten und diese Daten verändert werden könnten. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

ggf. gesetzliche Vertretung durch Erziehungsberechtigte, Erwachsenenvertreter