



Jessica Scheugenpflug

Diätassistentin

Ernährungstherapie und -beratung

bewusst ernähren

## Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Patient Herr / Frau: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich freiwillig und vor Beginn der Behandlung ein, dass durch die Praxis für Ernährungstherapie und –beratung Scheugenpflug personenbezogene Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt werden:

- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen)
- Angebotserstellung für den Beratungsvertrag
- Erstellung des Kostenvoranschlags (ggf. zur Beantragung von Zuschüssen der Krankenkasse/Ersatzkasse)
- Dokumentation von beratungsindividuellen Daten unterschiedlichen Inhalts zum Patienten (Ernährungsprotokolle, Messwerte, Verlaufswerte, Termine, etc.)
- Folgeangebote

sowie an alle zur Vertragserfüllung notwendigen Beteiligten, z. B:

- Krankenkasse
- Arzt
- Steuerberater
- Finanzamt
- ggf. gesetzliche Vertreter, amtlich bestellte Betreuer u.a.

übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Therapieberichten für den verordnenden Arzt
- Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (Finanzamt, Steuerberater)



Jessica Scheugenpflug

Diätassistentin

Ernährungstherapie und -beratung

bewusst ernähren

### **Folgende Hinweise habe ich erhalten:**

Alle im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung des DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und des BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

### **Mein Einverständnis kann ich**

- **verweigern**, wodurch ein Zustandekommen des Beratungsvertrages nicht möglich ist (wegen Nichterfüllbarkeit von gesetzlichen Anforderungen und/oder mangels Abrechenbarkeit mit Krankenkassen oder anderen Trägern),

- **oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen**, wodurch der Beratungsvertrag zum Zeitpunkt des Widerrufs seine Gültigkeit verliert, mit der Folge, dass z. B. die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden bzw. die Praxis den gesetzlichen Anforderungen nicht genügen kann.

In diesem Fall stellt die Praxis für Ernährungstherapie und –beratung Scheugenpflug eine Schlußrechnung über die bisher geleisteten Stunden sowie die noch offenen Beratungsstunden aus. Nach Rechnungsstellung werden die personenbezogenen Daten, welche nicht steuerrechtlichen Verordnungen oder Gesetzen unterliegen (Geldwäschegesetz, Finanzamt, Steuerberatung), unwiederbringlich gelöscht.

Einen **Widerruf** muss **in schriftlicher Form** (Fax, Brief) an folgende Adresse/ Faxnummer gerichtet werden:

Praxis für Ernährungstherapie und –beratung Scheugenpflug  
Spilstraße 6  
14195 Berlin  
Fax: 030 / 832 23 944

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen und bin jederzeit berechtigt, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ort, Datum Unterschrift