



## Datenschutz Information - Anmeldung für elektronischen Datenaustausch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Falls Sie die Zustellung Ihrer Rechnung auf elektronischem Weg wünschen, bitte ich Sie, dieses Formular auszufüllen, zu unterschreiben und an mich zurückzusenden. Bitte denken Sie daran, dass Ihre E-Mail-Adresse gut lesbar sein muss. Der Datentransfer für Rechnungen, Terminabsprachen und sonstigen elektronischen Schriftverkehr findet über eine übliche SSL-Verschlüsselung statt. Vielen Dank, dass Sie mir mit Ihrer Unterschrift die Zustimmung für den elektronischen Datenaustausch erteilen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Zusatzversicherung:

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Sitzungsprotokolle der Behandlungen erfasse ich handschriftlich, sie werden allenfalls mit Ihren Angaben aus dem Gesundheitsfragebogen ergänzt. Ihre Patientenakte wird an einem sicheren Ort aufbewahrt, zu dem nur ich als Therapeutin und Sie Zugang haben.

Für die Erstellung von Rechnungen und Rückforderungsbelegen an Ihre Versicherung setze ich das *MIC Medical Invoice* Programm ein. Die Software ist speziell für medizinische Leistungserbringer erstellt und vereinfacht den Abrechnungsprozess für alle Beteiligten. Die Angaben an Ihre Versicherung enthalten Ihre Kontaktdaten, die Versicherungs-Nr. sowie Behandlungsdetails wie Tag, Dauer und Kosten der Behandlung. Ein medizinischer Bericht mit detaillierten Angaben zum Gesundheitszustand bzw. einer Diagnose und anderen Details ist nicht für die Versicherung vorgesehen. Falls Sie diesen jedoch für sich bzw. Ihre Hausärztin / Ihren Hausarzt wünschen, melden Sie sich bei mir. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Versicherungen in der Regel für diesen Aufwand keine Kosten übernehmen.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)