

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten und Erhebung von Ausfallgebühren

Ich, _____
Vorname, Name geb.

erkläre mich einverstanden, dass in der ärztlichen Praxis
Song-He Kim, Psychotherapie Homöopathie, Meilbrückerstr. 8, 54646 Idenheim,

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu dem ich im Weiteren auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen davon

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Ferner akzeptiere ich, dass ich bei Nichteinhalten meiner Termine, sofern ich nicht mindestens **48 Std.** vorher absage, oder den Termin ändere, eine **Ausfallgebühr von 60 Euro** zu zahlen habe, die mir separat in Rechnung gestellt wird. Ausgenommen sind plausible Gründe für die Nichteinhaltung(höhere Gewalt), wie etwa akute Krankheitsfälle, was dann allerdings der Ärztin glaubhaft nachzuweisen wäre.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten