

## Stammdatenblatt

### Wichtige Hinweise zur Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Stammdatenblatt vollständig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie es im unteren Bereich.

Die Angabe einer aktuellen E-Mail-Adresse sowie Ihrer Telefonnummer[n] ist zwingend erforderlich, da Terminbestätigungen, Terminzetteln sowie organisatorische Absprachen in unserer Praxis primär über diese Wege erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie die beigefügten "Rahmenbedingungen unserer Zusammenarbeit" der FUCHS Therapiepraxis gelesen, verstanden und anerkannt haben. Diese sind Bestandteil unserer Zusammenarbeit und können jederzeit auf unserer Homepage eingesehen oder heruntergeladen werden.

Herrn/ Frau: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

als gesetzlicher Vertreter für

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben sowie, dass ich die "Rahmenbedingungen unserer Zusammenarbeit" der FUCHS Therapiepraxis gelesen, verstanden und als verbindlichen Bestandteil des Behandlungsverhältnisses anerkannt habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:  \_\_\_\_\_

## Entbindung von der Schweigepflicht

Für einen bestmöglichen Therapieerfolg ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren an der Behandlung beteiligten Stellen erforderlich.

Hiermit entbinde ich die Praxis FUCHS Therapiepraxis sowie deren Mitarbeitende gegenüber behandelnden Ärztinnen und Ärzten, weiteren therapeutischen Einrichtungen, Kindergärten und Schulen von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Durchführung und Koordination der Behandlung erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO, ausschließlich zu diesem Zweck übermittelt und verarbeitet werden.

Weiterhin willige ich ein, dass personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung an ein externes, datenschutzkonform beauftragtes Abrechnungszentrum übermittelt werden. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung der Abrechnung und unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine Weitergabe an unbefugte Dritte erfolgt nicht.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder in Textform widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

## Bei Kindern

Mein Kind darf die Praxis selbstständig verlassen:

Ja

Nein

Diese Personen sind berechtigt,

mein Kind nach der Therapie abzuholen:

-----

-----

## Datenschutz

Ich habe diese zur Kenntnis genommen und verstanden, dass das Informationsblatt zum Datenschutz online auf unserer Homepage einzusehen ist.

Ort/ Datum, Unterschrift:



-----