



Datenschutzgrundverordnung nach Art. 9 Abs. 2 lt. h DSGVO

Ergotherapeutische Behandlung von _____

Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ergotherapeut/in von ihrer/seiner Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung und den Einzug der Forderung sowie für die ergotherapeutische Behandlung (z.B. Rücksprache mit behandelndem Arzt, div. Einrichtungen, Klinik, Kinderarzt, Kindergarten, weitere Therapeuten, evtl. nachfolgende Einrichtungen) erforderlich ist.

Ich erkläre mich insoweit ausdrücklich einverstanden

mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung, der Geltendmachung und dem Einzug der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und Diagnosen, soweit für die Abrechnung erforderlich) an die opta data Abrechnungs GmbH, 45097 Essen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Teile der Therapie aufgenommen und anonym auf Instagram oder LinkedIn veröffentlicht werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich auch per WhatsApp kontaktiert werde.

Ort, Datum

Unterschrift