

Diese Datenschutzerklärung ist ein Zusatz zum geschlossenen Vertrag mit der Hebammengemeinschaftspraxis Glücksbündel.

Im Vertrag sind alle wichtigen Punkte zum Datenschutz ausführlich erläutert.

Diese Datenschutzerklärung wird nur einmal pro Frau unterschrieben und gilt für alle Verträge.

1) Ich bin einverstanden und willige explizit ein, dass durch die Hebammen meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen, zur Betreuungsdokumentation. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur Dokumentation der Betreuung oder Leistungserbringung.

2) Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft, diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

3) Ich bin einverstanden, dass die Hebammen gegenüber meinem Partner der Schweigepflicht entbunden sind.

4) im Falle der Hinzuziehung eines Arztes/ einer Klinikeinweisung stimme ich der Weitergabe aller personenbezogenen und medizinischen Befunde und Daten, die für die Mit- oder Weiterbehandlung von mir und meinem Kind erforderlich sind zu.

5) Der Weitergabe an eine vertretende praxisfremde Hebamme (im Falle von Krankheit/ Urlaub der o. g. Hebammengemeinschaftspraxis) stimme ich zu.

6) Ich habe den kompletten Vertrag gelesen und verstanden. Etwaige Fragen wurden mir von den Hebammen beantwortet und sind somit geklärt.

---

Den Punkten 1-6 in der Bestätigung stimme ich komplett zu.

Ja / nein

Den aufgeführten Punkten stimme ich nicht zu: