



Ihre Bestätigung

Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz (nach EU-DSGVO vom 25.05.2018) der Physiotherapie Praxis Wolff habe ich zur Kenntnis genommen.
Es stand mir frei, ein ausgedrucktes Exemplar mitzunehmen.

Datum

Ihre Unterschrift

Vor- und Nachname in Druckschrift

Bitte markieren Sie, falls Sie eines oder mehrere der folgenden Dinge NICHT möchten:

- Ich möchte NICHT, dass jemand anderes außer mir selbst etwas aus der Praxis für mich abholt (z. B. Verordnungen, Terminpläne, Therapieberichte o. a.).
- Ich möchte NICHT, dass therapeutische Befunde oder Ergebnisse bzgl. meiner Therapie mit anderen Therapeuten oder Ärzten per Fax oder telefonisch eingeholt, weitergegeben bzw. mitgeteilt werden.
- Ich möchte NICHT mit Namen im Wartebereich angesprochen oder aufgerufen werden.

Ihre Unterschrift