

## **Einverständnis der Patientin / des Patienten**

Hiermit willige ich, Patientin / Patient:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_, Geb.dd.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_, PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

in den Befund/Behandlungen durch

\_\_\_\_\_ (BehandlerIn) ein.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen der Befund/Behandlungen für die Fortbildung des Bobath-Grundkurses Texte, Fotoaufnahmen und Filmaufnahmen ohne Vergütung von mir gemacht werden. Dies umfasst auch das Recht zur Bearbeitung dieser, soweit dies nicht entstellend ist.

Ich willige auch ausdrücklich ein, dass meine Daten per E-Mail weitergegeben werden dürfen an und gespeichert werden dürfen durch die Kursleitung, so dass diese Befunde/Behandlungen verwaltet, kontrolliert und benotet werden können.

Ich weiß, dass meine Daten ausschließlich zur Verwaltung und Organisation der Fortbildung - Befund/Behandlungen verarbeitet werden, zu welcher ich mich durch die Teilnahme als Proband dazu erklärt habe. Die Verarbeitung erfolgt nur auf der Grundlage meiner ausdrücklichen Einwilligung.

Alle personenbezogenen Daten werden mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Sorgfalt behandelt. Personenbezogene Daten von Probanden werden niemals ohne ausdrückliche Zustimmung an Dritte herausgegeben. Sie sind aufgeklärt worden, dass Ihr Name wie auch Ihr Gesicht unkenntlich gemacht werden kann durch Ihren Behandler vor Versendung per E-Mail. Auch ohne Widerruf werden die Texte, Fotoaufnahmen und Filmaufnahmen automatisch nach der maximalen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren gelöscht.

Mir ist bekannt, dass die BehandlerIn eine abgeschlossene Ausbildung als Physiotherapeut oder Ergotherapeut haben und die Behandlung der Fortbildung der Kursteilnehmer dient.

Über den Ablauf und den Sinn dieser Behandlungen wurde ich informiert und habe diese verstanden. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet. Für die Entscheidung zur Teilnahme hatte ich genügend Zeit. Ich stimme der Teilnahme an den Behandlungen freiwillig zu. Ich weiss, dass ich meine Zustimmung jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteil für meine weitere medizinische / therapeutische Versorgung widerrufen kann.

Im Rahmen dieser Behandlungen wird die Haftung von

\_\_\_\_\_ (BehandlerIn)

gleich aus welchem Rechtsgrund ausgeschlossen, einschließlich der Geschäftsführung und der Kollegen der Firma wofür der Therapeut tätig ist.

Diese Haftungsbeschränkung gilt bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Obenstehende;

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patient): \_\_\_\_\_

Der oben genannte Patient / Patientin wurde von mir persönlich über das Ziel der Befund- und Behandlungsdokumentation und der erhobenen Foto- und Filmaufnahmen sowie deren Ablauf aufgeklärt,

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (BehandlerIn): \_\_\_\_\_

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihnen ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung gemäß der DSGVO zur Seite steht.

Bei Ihren BehandlerIn;

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

und auch bei der Kursleitung nach verschicken des Befundes/Behandlungen unter Vormeldung des Namens von Ihrem BehandlerIn und wann der Befund/Behandlungen stattgefunden hat;

Frank Vroomen - E-Mail; frank.vroomen@outlook.com