



## Einwilligungserklärung Datenübermittlung

### A) Datenweitergabe zur Abrechnung

Ich habe die unten genannte Abrechnungsstelle namens und in meinem Auftrag mit der Durchführung der Abrechnung beauftragt. Dazu sind Angabe und Übermittlung der zur Abrechnung notwendigen persönlichen Daten erforderlich (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten). Es handelt sich bei Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO.

Der Name der Abrechnungsstelle ist:

Fachzentren für Psychotherapie, Hansaring 115, 50670 Köln, Abrechnungsstelle  
Inhaber: Dipl.-Psych. Matthias Potreck, Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. M. Potreck ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Er und die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser Einwilligung. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach Vertragsabwicklung und nach Ablauf von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Hierbei sind Rechnungsunterlagen gem. § 147 AO grundsätzlich 10 Jahre aufzubewahren.

Ihre Einwilligung (gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO) ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen mir und der o.g. Abrechnungsstelle statt. Diese Widerrufserklärung ist an mich zu richten. Ihr Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen und hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Sie haben jederzeit das Recht, bei der Abrechnungsstelle kostenfrei Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Ihre Daten werden gern in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt.

*Ich befreie hiermit für diese und künftige Behandlungen meine Therapeutin / meinen Therapeut (siehe umseitig) von deren / dessen beruflicher Verschwiegenheitspflichtung gegenüber der o.a. Abrechnungsstelle und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten einverstanden. Ich willige ein, dass die o.a. Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungsstellung meine personenbezogenen Daten einschließlich der besonderen personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser erteilten Einwilligung.*

**Name:**

**Datum / Unterschrift:**

(bei Minderjährigen ges. Verteter)

### B) Erhalt von Rechnungen per E-Mail oder Brief

Die Abrechnungsstelle bevorzugt die Übersendung der Honorarrechnungen per E-Mail. Der Versand erfolgt dabei auf verschlüsseltem SSL-Transportweg. Sollten Sie mit Rechnungen per E-Mail nicht einverstanden sein, erhalten Sie diese per Post. Der Postversand der Abrechnungsstelle erfolgt über die E-Post Solutions GmbH, Tochter der Deutschen Post AG. Die Abrechnungsstelle hat dazu einen Vertrag über Datenverarbeitung im Auftrag mit der E-Post Solutions GmbH, Moltkestraße 14, 53173 Bonn, abgeschlossen. Auf die Datenschutzinformationen der E-Post-Solution GmbH abrufbar unter <https://www.deutschepost.de/de/e/epost-solutions/datenschutz.html> wird verwiesen.

*Bitte lassen Sie mir meine Rechnungen wie folgt zukommen (zutreffendes ankreuzen):*

*per E-Mail, an folgende E-Mail-Adresse:*

(Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dann erfolgt der Rechnungsversand mit der üblichen Post.)

**Name:**

**Datum / Unterschrift:**

(bei Minderjährigen ges. Verteter)

*oder per Brief, ich wünsche KEINEN Rechnungsversand per Email!*