

Ergänzung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung Digitale Nachsorge CASPAR

Ich,

.....
Name, Vorname des Patienten / der Patientin

.....
Geburtsdatum

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Wohnort

.....
Name und Adresse der behandelnden MEDIAN Klinik

bin damit einverstanden, dass die Klinik meine Daten an den nachstehend bezeichneten Leistungserbringer übermittelt:

- GOREHA GmbH, Neue Schönhauser Str. 20, 10178 Berlin (Zweck: Teilnahme an der Digitalen Therapie einschließlich (Fern-)Betreuung durch Therapeuten)

Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten wird auf den Nutzungsvertrag bzw. auf die Einwilligung in die Datenverarbeitung verwiesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten / der Patientin
(bei Minderjährigen unter 16 Jahren: auch des / der Sorgeberechtigten)