

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

in die Verarbeitung meiner personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit der Behandlung durch



(Praxisstempel des Heilpraktikers)

Außerdem bestätige ich hiermit Folgendes:

1. Mir wurde das Informationsblatt „Datenschutzerklärung“ (siehe Anlage) ausgehändigt. Darin wurde ich insbesondere darüber informiert, welche Daten verarbeitet werden (insbesondere sensible Gesundheitsdaten) und wie sie verarbeitet werden, wem sie weitergegeben werden könnten, welche Rechte ich in Bezug auf meinen Datenschutz habe.
2. Außerdem wurden mir der Name und die Kontaktdaten des Verantwortlichen/der Verantwortlichen mitgeteilt, an den/die ich mich bei Fragen und zur Durchsetzung meiner Rechte wenden kann.
3. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zur Durchführung der sorgfältigen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Untersuchung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc.) zur Abrechnung, zur Durchsetzung berechtigter Interessen des Heilpraktikers/ der Praxis und zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten erforderlich ist.
4. Mir ist bekannt, dass ich zu einer Einwilligung nicht verpflichtet bin. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und es entstehen mir keine Nachteile, wenn ich die Einwilligung nicht erteile. Mir ist jedoch bekannt, dass die Behandlung ohne meine Einwilligung nicht erfolgen kann.
5. Ich wurde über mein Recht, die Einwilligung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen, hingewiesen. Die nachstehende Widerrufsbelehrung habe ich vor meiner einwilligenden Unterschrift gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Bereits erfolgte, rechtmäßige Verarbeitungsvorgänge werden von dem Widerruf nicht berührt. Sofern die Verarbeitung auf einem gesetzlichen Erlaubnistatbestand oder auf einer gesetzlichen Pflicht beruht, wird deren Rechtmäßigkeit durch den Widerruf, auch für die Zukunft, nicht berührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Behandlung durch uns grundsätzlich nicht mehr möglich. Der Widerruf ist formfrei und kann mündlich, schriftlich oder in Textform widerrufen werden. Den Widerruf richten Sie bitte an den Verantwortlichen/ die Verantwortliche wie folgt:

Praxis für Heilkunde – Silke Kirschbaum, Lehrer-Wagner-Straße 8, 55278 Selzen