

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die **Praxis von Frau Kristina Apel** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:
Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Erhebung von Laborergebnissen, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten weitergegeben oder übermittelt werden, die dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung(DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes(BDSG) erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Kristina Apel
-Heilpraktikerin-
Wasserrolle 2
65201 Wiesbaden

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift