

# DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung (Aufnahme, Speicherung, Dokumentation, etc.) meiner personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten, im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Michael Wubs  
Fronbergstraße 2  
72355 Schörzingen  
07427-4661032  
info@kuegelepraxis.de



Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die für meine Entscheidung für diese Einwilligung erforderlichen Informationen habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person, meiner Heilpraktikerin/meinem Heilpraktiker, mitgeteilt bekommen.
- Zusätzlich wurde mir von der verantwortlichen Person vor der Erfassung meiner Daten ein **Informationsblatt zum Datenschutz** in dieser Praxis
  - über den Umfang und die Art meiner Daten
  - über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
  - über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und die sich daraus ergebenden Folgen ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

## Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.