



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, darüber zu informieren zu welchem Zweck in der Praxis Daten erhoben, gespeichert oder weiterleitet werden und welche Rechte für Sie damit verbunden sind. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig und der Pflicht will ich mit dieser Information nachkommen.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

auf der Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

- hiermit erkläre ich -

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

- gegenüber der -

Naturheilpraxis
Kornelia Urban
Heilpraktikerin
Sechtemer Str.14
50321 Brühl

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben.
Die Datenerhebung erfolgt:

- um Sie als Patient/in identifizieren zu können
- um eine Diagnose zu stellen
- um eine individuelle Behandlung und Beratung zu gewährleisten
- zur Rechnungsstellung
- zur Korrespondenz
- zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich. Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.
(bitte ankreuzen)

Datum

Unterschrift Patient/in Erziehungsberechtigte/r