

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Name, Vorname	
Straße	PLZ Ort
Geb.-Datum	Telefon
Email	

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraktiker Praxis „Natur & Psyche“ Heilpraktiker Thomas Becher, Hahnemannstr. 7, 04177 Leipzig Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer physischen und elektronischen Patientenakte.

Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen - nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Information zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Leipzig, den

.....
Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters