



EINWILLIGUNG in die Datenverarbeitung

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich,

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

gegenüber

Praxis Osteopathie Ganzkörperkonzept, Felicitas Neuhaus, Böskenstr. 4, 46562 Voerde,

Mail: info@osteopathie-friedrichsfeld.de, Tel: 01638261710, Web: www.osteopathie-friedrichsfeld.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke von:

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Buchhaltungsservice

Optional anzukreuzen:

- ☐ Infomails, Geburtstags- & Feiertags-Grüße

(Verwendete Daten: Name, Mailadresse, Geburtsdatum)

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.

Ich willige ein, dass die Praxis mich zu medizinisch relevanten Zwecken per E-Mail, SMS oder telefonisch kontaktiert. Dies kann auf meinen Wunsch hin auch Gesundheitsdaten betreffen. Mir ist bewusst, dass ein Datenschutz bei der elektronischen Übertragung – insbesondere per E-Mail und SMS – nicht gewährleistet werden kann und die Einsicht Dritter nicht ausgeschlossen werden kann. Ich erkläre mein Einverständnis hierfür.

Den ausliegenden Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte(r)