

## **Einwilligungserklärung gemäß DSGVO in die Verarbeitung von Daten**

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach §630f Abs. 1 BGB ) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

### **Ihre Rechte**

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail oder postalisch an mich übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Außerdem haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Ort/Datum

Unterschrift

