

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten des Patienten

Hiermit erteile ich

---

*Vorname, Name*

*Geburtsdatum*

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

**Naturheilpraxis Antje Kliewer, Moosweg 5, 32602 Vlotho**

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 Behandlungsvertrages (Einverständniserklärung) erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch 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 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.

Die Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Naturheilpraxis Antje Kliewer, Moosweg 5, 32602 Vlotho