

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Laut Art. 13 EU-DSGVO werden Sie hiermit als Patient/Patientin darüber informiert, dass die Praxis **Naturheilkunde Geschwandner, Praxis für Naturheilverfahren und TCM, Leibnizstrasse 9, 70806 Kornwestheim** personenbezogene Daten zur Dokumentation, Terminierung, Kontaktaufnahme und Abrechnung erhebt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet, es sei denn, Sie stimmen dem ausdrücklich zu.

### Hiermit erteile ich

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

Sonja Geschwandner, Heilpraktikerin  
Naturheilkunde Geschwandner, Praxis für Naturheilverfahren und TCM  
Leibnizstrasse 9, 70806 Kornwestheim

### **Ich bestätige,**

- dass mir die erforderlichen Informationen vor der Datenerhebung von Sonja Geschwandner mitgeteilt wurden
- dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich sind
- dass ich des weiteren darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten, Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummern, evtl. eMail-Adresse, Fotoaufnahmen, z.B. Zunge) gemäß Art 9 DSGVO umfasst
- dass ich das Recht auf Einsicht, Berichtigung und Löschung meiner Daten habe
- dass meine Daten nach zehn Jahren nach meiner letzten Behandlung gelöscht werden
- dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, oder widerspreche ich ihr zu einem späteren Zeitpunkt, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen (Rechnungstellung, Dokumentationspflicht).
- dass ich den Inhalt der u.g. Widerrufsbelehrung vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen habe
- die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (§4a EU-DSGVO)

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe.

Kornwestheim, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

---

Unterschrift

Ja, ich möchte auch weiterhin Weihnachtspost/Newsletter/Terminerinnerungen erhalten.

Nein, ich möchte keine weitere Weihnachtspost/Newsletter/Terminerinnerungen erhalten.

### **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 Sonja Geschwandner grundsätzlich nicht mehr möglich.

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

Sonja Geschwandner, Heilpraktikerin, Praxis für Naturheilverfahren und TCM, Leibnizstrasse 9, 70806 Kornwestheim