

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Ich _____ bin damit einverstanden, dass die:

**Naturheilpraxis
Beata Kleinbauer
Wichers Land 30
26524 Berumbur**

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 elektronischen Patientenakte.

Hinweise:

- **Rechtsgrundlage:** Die Einwilligung erfolgt freiwillig gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO. Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt.
- **Erforderlichkeit:** Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich. Die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.
- **Widerruf:** Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte. Nach einem Widerruf werden wir die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, zukünftig nicht mehr fortsetzen. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben hiervon unberührt.
- **Informationen zum Datenschutz:** Bitte beachten Sie unser beiliegendes Merkblatt „**Information zum Datenschutz**“, das sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO enthält, insbesondere über die Weitergabe von Daten und die Speicherdauer.

Unterschrift

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen: Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Im Alter von 14 bis 18 Jahren müssen der Jugendliche selbst und beide Sorgeberechtigten die Einwilligung erteilen.