

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG
(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

HIERMIT erkläre ich,

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

gegenüber der Praxis

Osteopathie- Praxis Pinneberg

Angela Bigge, Kirstin Kulawiak

Eichenstr. 28

04101/8318571

25462 Rellingen

osteopathie-pinneberg@web.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, bzw. die meiner Kinder, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags

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 Osteopathie- Praxis Pinneberg per E-Mail mit mir in Kontakt treten darf, um Termine zu vereinbaren.

JA () NEIN () bitte ankreuzen

Ich willige ein, dass die Osteopathie- Praxis Pinneberg mir personenbezogenen Daten in Form von Rechnungen oder Befunden verschlüsselt per E-Mail zusenden darf.

JA () NEIN () bitte ankreuzen

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift