

**Datenschutzrechtliche Einwilligung**  
**in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten**

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vollständiger Name der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers und Adresse der Praxis)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur Informiertheit erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung vom Verantwortlichen 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 hierdurch 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 Patientin/des 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 mündlich, in Textform oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Ulrike Flügel / Hohe Straße 11 / 30449 Hannover / Tel.: 01520-5730282