

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit bestätige ich,

_____ (Vorname, Name)

dass mir die Datenschutzerklärung von Praxis Ellen Krause zur Kenntnis und Durchsicht ausgehändigt wurde und ich die/der Erziehungsberechtigte von

_____ (Vorname, Name, Geburtsdatum
des/der Minderjährigen) bin.

Ich bin darauf hingewiesen worden,

- dass neben den Basis- und Abrechnungsdaten, wie Name und Anschrift, auch sensible Daten (Gesundheitsdaten) meines Kindes verarbeitet werden. Zu diesen Gesundheitsdaten gehören die vor, während und nach der Behandlung erfassten Daten zum Gesundheitszustand und der körperlichen Verfassung meines Kindes, einschließlich Krankengeschichte, Behandlungsplan, Medikation und Bildmaterial zur Fotodokumentation (Anamnese- und Behandlungsdaten).
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der vorgenannten Daten eine notwendige Voraussetzung darstellt, um den Behandlungsvertrag zu schließen und zu erfüllen.

Es ist mir bekannt, dass ich nicht zur Einwilligung in die Datenverarbeitung verpflichtet bin, dass allerdings unter dieser Voraussetzung jedoch kein Behandlungsvertrag und keine Leistungserbringung (Behandlung) erfolgen kann.

Ich erteile hiermit meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Basis- und Abrechnungsdaten sowie meiner Anamnese und Behandlungsdaten zum Zweck der Vertragserfüllung und Abrechnung durch die datenschutzrechtlich verantwortliche Praxisinhaberin. Diese Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf hat schriftlich oder per Email zu erfolgen. Die Email-Adresse lautet

ellen-krause@t-online.de

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Stempel / Praxis	_____ Ort/Datum/Unterschrift
------------------	---------------------------------

- Datenschutzerklärung dem Patienten mitgegeben
 Datenschutzerklärung vom Patienten in der Praxis Einsicht genommen