Einwilligung Patient Datenverarbeitung/-weitergabe

Die **DS-GVO** gestattet den Umgang mit personenbezogenen Daten nach **Art. 6 Nr. 1a DS-GVO** nur dann, wenn dieser Umgang durch ein Gesetz, insbesondere das BDSG selbst und das Sozialgesetzbuch (SGB) oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist oder der von der Verwendung der Daten Betroffene – hier also Sie als Patient/in (nachfolgend nur „Praxis“, „Sie“ oder „ich“ genannt) – in den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten uns gegenüber eingewilligt haben.

Die Einwilligung erfolgt für folgende Praxis:

Praxis für Komplementärmedizin
und Naturheilkunde
Antje Ehrhardt-Merzendorfer
Eisenacher Straße 18
36167 Nüsttal
Tel. 06684-917946
info@die-heil-praxis.de

Datenschutzbeauftragter der Praxis:

Antje Ehrhardt-Merzendorfer
Zahnärztin und Heilpraktikerin

Hiermit erkläre ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

mit der nachfolgenden Einwilligung mein Einverständnis zum Umgang mit meinen personenbezogenen Daten in dem sich aus der Einwilligung ergebenden Umfang. Jeder andere Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis, der nicht durch diese Einwilligung, ein Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist, ist der Praxis ausdrücklich verboten.

1. Personenbezogene Daten

1.1 Ihre folgenden Stammdaten werden von dieser Einwilligung erfasst:

- Nachname, Vorname/n, Titel, Geburtsort
- Adresse
- Telefonnummer, E-Mail, Mobilnummer
- Krankenkasse
- Versichertenstatus/Versichertennummer
- Ggf. Mitglied
- Ggf. Beruf/Arbeitgeber

1.2 Folgende weitere Daten werden von der Einwilligung erfasst:

- Anamnese
- Röntgenbilder/Röntgenbefunde
- Zahnbefunde
- Diagnosen
- Mögliche Therapien

Bitte wenden!

- Durchgeführte Therapien
- Laborbefunde
- Führen einer Patientenakte

2. Pflichten der Praxis im Umgang mit personenbezogenen Daten

- 2.1 Jeder Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis wird ausschließlich nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen. Die Angaben zu Art und Umfang des Umgangs mit meinen personenbezogenen Daten kann ich jederzeit bei der Praxis erfragen.
- 2.2 Die Praxis wird mich auf Anfrage jederzeit über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis und ggf. einem Auftragsdatenverarbeiter informieren. Meine Rechte nach der DS-GVO und dem BDSG, insbesondere mein Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung von personenbezogenen Daten, bleiben von dieser Einwilligung unberührt.

3. Widerruf der Einwilligung

- 3.1 Mir ist bekannt, dass ich die von mir erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.
- 3.2 Mir ist bekannt, dass der Widerruf der Einwilligung das Recht der Praxis zum Umgang mit meinen personenbezogenen in dem durch Gesetz oder eine sonstige Rechtsvorschrift nach § 4 Abs. 1 BDSG gestatteten Umfang unberührt lässt.

Dem Inhalt dieser Einwilligung stimme ich zu und habe ich verstanden.
Die Datenschutzerklärung liegt in der Praxis zur Einsichtnahme aus.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, bzw. gesetzl.
Vertreter