

# DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Daten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin Daniela Czyschke



Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

## Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass die Naturheilpraxis Daniela Czyschke die Patientendaten in dem Praxisverwaltungsprogramm „heilpraxisLIFE“ verwaltet, um Behandlungen zu dokumentieren und Rechnungen zu schreiben, bzw. stichpunktartig Informationen aus gemeinsamen Telefonaten notiert. Beachten Sie bitte, dass eine Behandlung nicht möglich ist, wenn Sie diesem Punkt nicht zustimmen.
- Ich willige ein, dass meine behandelnde Heilpraktikerin mit einem anderen mich behandelndem Arzt oder Therapeuten Informationen und Dokumente austauscht. Dabei wird die Kontaktaufnahme aber vorab einzeln mit Ihnen abgestimmt.
- Ich willige ein, dass mir die Naturheilpraxis Daniela Czyschke E-Mails zur Terminabsprache und weiterführenden Informationen zur Behandlung schickt.
- Ich willige ein, dass mir Frau Czyschke meine Anfragen per WhatsApp beantwortet, um die Kommunikationswege kurz zu halten.
- Mir ist bewusst, dass für den Austausch von behandlungsbezogenen Details und persönlichen Daten der Informationsaustausch per E-Mail dem Informationsaustausch per Chats aufgrund der Verschlüsselung vorzuziehen und von Frau Czyschke empfohlen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift

## Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Naturheilpraxis Daniela Czyschke um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Naturheilpraxis Daniela Czyschke die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.