



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Daten
gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Patient/in, Mitarbeiter/in:

(unzutreffendes streichen)

Name

(Praxisstempel)

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Patient/in, Mitarbeiter/in
(unzutreffendes streichen)