

Einwilligung in die Datenverarbeitung

(Rechtsgrundlage: Art.6 abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich,

Vorname . Name

Strasse . Haus Nr.

PLZ . Wohnort

gegenüber der Praxis

Osteo Darmstadt
 Praxis für Osteopathie und Komplementärmedizin
 Breunig + Kollegen
 Mina-Rees Straße 5
 64295 Darmstadt

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- » Umsetzung des Behandlungsvertrags
- » Versendung eines Newsletters mit Neuigkeiten rund um die Osteopathie und unsere Praxis

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrages nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Ort . Datum

.....
Unterschrift