

# Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

„ The power that made the body heals the body “ B.J. Palmer, D.C

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis dem datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktiker:  
Raphael Linnemann, Praxis für Chiropraktik, Zingel 15, 31134 Hildesheim


Hiermit bestätige ich folgendes:

- » Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis Chiropraktik Raphael Linnemann gelesen.
- » Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- » Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- » Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- » Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- » Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

## Einwilligung für das Versenden von E-Mails

In unserer Praxis bieten wir den Service, dass ihre Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per E-Mail an Sie versandt werden. So können wir gemeinsam Fehler bei der Terminbuchung vermeiden und Ihnen bei der Terminverwaltung helfen. Zusätzlich halten wir, wenn von Ihnen gewünscht, bei Fragen zu Terminen, Neuigkeiten, Gesundheitsfragen, etc. gerne Kontakt per E-Mail. Für all diesen Serviceleistungen benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse. Diese können Sie auf unserem Anmeldebogen ausfüllen. Die Inanspruchnahme dieses Service ist völlig freiwillig. Wenn Sie einen/einige dieser Serviceleistungen nutzen möchten, benötigen wir dafür Ihre Einwilligung.

Hiermit gebe ich meine Einwilligung in folgende Serviceleistungen:

- Bitte  Versenden von Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per Mail  
Betreffendes  E-Mail-Korrespondenz bei Fragen zu Terminen, Gesundheitsfragen, Versenden von Übungsvideos  
ankreuzen! 

## Widerrufserklärung

Die Widerrufserklärung können Sie der Datenschutzverordnung entnehmen, die in der Praxis aushängt oder sich diese als PDF auf unserer Internetseite herunterladen. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an.

Vor- und Nachname

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzl. Vertreters