



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

» Aktiv schmerzfrei werden und bleiben.

Hiermit erteile ich meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Johanna Tietje, Praxis für Funktionelle Chiropraktik, Braunschweiger Straße 15, 38518 Gifhorn

Hiermit **bestätige** ich folgendes:

- » Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis funktionelle Chiropraktik 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 zur Porträtaufnahme für die Patientenkartei

Um unseren Service und unsere Arbeitsabläufe etwas zu erleichtern, hilft es uns, wenn wir von jedem Patienten ein Porträt-Foto für die digitale Patientenakte speichern dürfen. Dieses Foto wird nicht veröffentlicht und nicht an Dritte weitergeleitet. Das Foto wird genauso vertraulich behandelt, wie all Ihre anderen Patientendaten (siehe Datenschutzerklärung). Natürlich ist das Porträtfoto freiwillig. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns ihre Einwilligung geben würden. So erleichtern Sie uns unseren Arbeitsalltag und ermöglichen einen ruhigen und geregelten Praxisablauf für Sie und alle anderen Patienten. Sollten Sie die Einwilligung nicht erteilen wollen, streichen Sie diesen Absatz. Dies wird keinerlei Konsequenzen auf ihre Behandlung und Betreuung in dieser Praxis haben.

Einwilligung für das Versenden von Emails und/oder SMS

In unserer Praxis bieten wir den Service, dass ihre Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per Mail (sobald technisch möglich auch per SMS) 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, Sportkursen, Gesundheitsfragen, etc. gerne Kontakt per Mail. Auf Wunsch versenden wir auch Ihre Rechnung digital per Mail. Für all diesen Serviceleistungen benötigen wir Ihre Emailadresse und/oder Handynummer. 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. Ansonsten streichen Sie diesen Absatz.

Hiermit gebe ich meine Einwilligung in folgende Serviceleistungen:

- Versenden von Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per Mail
- Versenden von Terminbestätigungen, -erinnerungen und -verschiebungen per SMS
- Email-Korrespondenz bei Fragen zu Terminen, Neuigkeiten, Sportkursen, Gesundheitsfragen, etc...
- Versenden von Rechnungen per Mail

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