

Einwilligung zur Datenschutzerklärung

VON

Herr/Frau: _____

Anschrift: _____

Ich bin einverstanden, dass die „Praxis für Osteopathie Kristina Willms“, die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags, zur Berechnung der erbrachten Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation und zur Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen verarbeitet und speichert. (Art.9 Abs.2 Nr. h DSGVO)

Die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde, werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags) gespeichert.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Mir ist bekannt, dass ich ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der Daten habe, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-3, 40213 Düsseldorf) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Im Falle einer Verweigerung der Einwilligung kann der Behandlungsvertrag nicht zustande kommen.

Ort, Datum

Unterschrift
