

## Datenschutz / Einwilligung

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 Ziffer a DSGVO)

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ (Patient)  
mich damit einverstanden, dass die Praxis gesund & munter Naturheilkunde  
vertreten durch die Praxisinhaber, Frau Christiane Golinske-Kafitz und Frau Sabine Götter

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und naturheilkundlichen / osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags verarbeitet und speichert
- und diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen oder einer privaten Abrechnungsstelle, die mit der Behandlung oder Abrechnung der Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiterhin habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht BayLDA) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_