

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Adresse)

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Beratung durch Miriam Krist, Heergasse 49, 75217 Birkenfeld.

Ich bestätige:

- mit meiner Unterschrift, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden dürfen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Daten werden am Ende des Beratungsprozesses bzw. nach der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gelöscht.
- dass, ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der internen Bearbeitung erforderlich ist.
- dass ich damit einverstanden bin, dass Terminabsprachen auch per E-Mail Messenger _____ stattfinden (zutreffendes ankreuzen) und Rechnungen per E-Mail verschickt werden dürfen.
- dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- 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 Zusammenarbeit erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Beratung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Miriam Krist, Heergasse 49, 75217 Birkenfeld