



# EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich,

Name/ Vorname Patient:in \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

gegenüber der Praxis WENCKE ÖSTREICH, SUBBELRATHER STR. 247, 50825 KÖLN

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Terminvereinbarung via E-Mail, SMS oder Whats App
- Speicherung der Kontaktdaten im Kalender

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile.

Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_