

EINWILLIGUNG

HIERMIT erkläre ich, _____ mich damit einverstanden, dass die Praxis „Osteopathische Medizin Osnabrück, Monika Ginten“ im „Gesundheitszentrum im Neustadt Carré“ vertreten durch die Praxisinhaberin, Frau Monika Ginten meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Sinne der DSGVO speziell auf Rechtsgrundlage des Art.9 Abs. 2 lit. a DSGVO sowie des Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO speichern und verarbeiten darf.

Gesundheitsdaten zu meiner Person dürfen zur Abrechnung, zur Dokumentation, zur telefonischen Kontaktaufnahme zwecks Terminvereinbarungen sowie allen hier nicht genannten Notwendigkeiten den Behandlungsvertrag betreffend, an den Hersteller des Praxisprogramms SimpliMedGmbH weitergegeben werden.

Das „Gesundheitszentrum im Neustadt Carré“ darf mich über außergewöhnliche Veranstaltungen die Praxis betreffend, zum Beispiel den Tag der offenen Tür informieren.

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.

Ort, Datum

Unterschrift