

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_  
Vorname und Name Geburtsdatum

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlichen Verantwortlichen:

Reinhard F. Spieß, Heilpraktiker (Psychotherapie) - Praxisanschrift: siehe Kopf dieses Dokuments

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der psychotherapeutischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung der Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur Informiertheit erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung vom Verantwortlichen mitgeteilt bekommen.
- 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 Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der unten abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Ich habe eine Kopie dieses Einwilligungstextes erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten/dex Patientix

### 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 durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

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

Reinhard F. Spieß, Heilpraktiker (Psychotherapie) - Praxisanschrift: siehe Kopf dieses Dokuments