

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

PatNameLang, geb. PatGebRG,  
PatStrasse  
RGPatPLZ RGPatOrt

Im Rahmen einer fachgerechten Heilmittel-, Heilpraktik- und Komplementärmedizinischentherapie sind wir gesetzlich verpflichtet den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. Hierzu ist es nötig Daten zu erfassen und zu verarbeiten. Die gesammelten Daten unterliegen natürlich der Schweigepflicht, der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und werden von diesem Zentrum entsprechend vertraulich behandelt.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung zwingend erforderlich.

### Bestätigung:

Ich bin damit einverstanden das gemäß Datenschutzerklärung der Praxis Daten zu meiner Person gespeichert und verarbeitet werden. Ich wurde darüber informiert das ich die aktuelle und detaillierte Datenschutzerklärung der Praxis jederzeit im Aushang (Infoordner im Wartebereich) einsehen kann und habe diese zur Kenntnis genommen.

Euskirchen, den SysDatum

PrintDate  
Signature

---

Unterschrift des Patienten /  
gesetzlicher Vertreter