

# Naturheilpraxis Carola Zekorn



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

---

(Vorname, Name Geburtsdatum)

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von

**Carola Zekorn.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die mir ausgehändigte Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.

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. Des Weiteren bin ich darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.

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 Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

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

Natureilpraxis Carla Zekorn  
Häselstr. 10  
75334 Straubenhardt-Pfinzweiler

Telefon: 07082 – 9479987  
Telefax: 07082 – 9479989  
Email: Carola@sei-und-werde.de