

Patient / in:

Name / Vorname _____

Adresse _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der medizinischen Analyse / medizinischen Behandlung durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann / Art. 7 Abs. 3 DSGVO.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird / Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____