

Einwilligung zur Datenschutzerklärung:

Die Aufsichtsbehörden für Datenschutz haben entschieden, dass Heilberufe durch die Ausführung ihres Behandlungsvertrags mit Patienten/innen, die gesetzliche Grundlage in Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO erfüllen und damit für die Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten keine zusätzliche Einwilligung benötigen. Ob für Heilpraktiker eine gesonderte Vereinbarung notwendig ist, wird derzeit noch geklärt. Alle Tätigkeiten die über den geschlossenen Behandlungsvertrag hinausgehen und zu seiner Erfüllung nicht zwingend notwendig sind, bedürfen aber ohnehin Ihrer schriftlichen Einwilligung.

EINWILLIGUNG

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 Ziffer a) DSGVO)

HIERMIT erkläre ich, _____ (Patient/Vormund) mich damit einverstanden, dass die Osteopathie Praxis Gernot Miehe vertreten durch den Praxisinhaber, Herrn Gernot Miehe, Kontaktmöglichkeit: Tel.: 07 21/75919758 / E-Mail: info@osteopathiepraxis-in-karlsruhe.de

1. die folgenden behandlungsergänzenden Tätigkeiten durchführen darf:

mich kontaktieren zum Zweck der individuellen Terminplanung, Beratung und Information. Dazu zählt z.B. das Versenden von Eigenübungsvorschlägen, naturheilkundigen Empfehlungen, ergänzende Behandlungsvorschläge und Literatur/Webseiten Empfehlungen.

Die Praxis darf mich kontaktieren über: Telefon Handy E-Mail SMS

2. EC- Kartenzahlung:

für den Zweck der EC Kartenzahlung einer osteopathischen Behandlung ist allein das europäische Finanzinstitut iZettle verantwortlich für den Datenschutz. Wer diesen Dienst in Anspruch nimmt, akzeptiert bei jeder Kartenzahlung die Datenverarbeitung durch das Finanzinstitut. (<https://www.zettle.com/de/rechtshinweise/datenschutzhinweise>) Ihr Einverständnis dafür kann jederzeit über die Kontaktadresse dataprotection@zettle.com widerrufen werden. Sie stimmen mit der Nutzung zu, dass die Osteopathie Praxis Gernot Miehe nicht verantwortlich ist bzgl. der Datennutzung von iZettle und für ein Fehlverhalten dieses Finanzinstituts nicht haftbar gemacht werden kann.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung für behandlungsergänzende Tätigkeiten 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.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und auf eigenen Wunsch in Kopie erhalten

Datum: _____ Unterschrift: _____