

Einwilligung – Rechtsgrundlage Art.9 Abs. 2 lit. a DSGVO

Hiermit erkläre ich, _____ (Patient)

mich damit einverstanden, dass die Praxis Osteopathie Sandra Burchartz meine Daten speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung 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.

Datum: _____

Unterschrift: _____