

Einwilligungserklärung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die

Naturheilpraxis Gudrun Faller, Belchenstrasse 19, 79539 Lörrach

personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten

an

Labore, Ärzte, Therapeuten

übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters