



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE**  
Heilpraktikerin Emel Alieva-Bicakci, Wachsbleiche 8-9, 53111 Bonn

### **Hiermit bestätige ich Folgendes:**

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig, mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient