

Einwilligung Datenverarbeitung (Muster)

Praxis Lindenhof | Lindenstraße 12, 53111 Bonn | Telefon 0228 555 0312

PLATZHALTER: Dieses Dokument ist Teil einer fiktiven Demo-Website.
Bitte durch die echte, rechtlich geprüfte Einwilligungserklärung ersetzen.

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Lindenhof meine
personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der
Behandlung und Abrechnung verarbeitet (Art. 6 und 9 DSGVO).

- ☐ Ich bin einverstanden, dass mich die Praxis telefonisch
an Termine erinnert.
- ☐ Ich bin einverstanden, dass mir Befunde per Post
 zugesandt werden.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung
für die Zukunft widerrufen werden.

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____