Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf OT Willhof

# Einwilligung in die Nutzung medizinischer Daten

Ich,

Name ……

Adresse ……

……

willige ein, dass **Sabine Waegner, Altendorfer Straße 17, 92540 Altendorf**, meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrags verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. darf.

Hierzu gehören insbesondere folgende Daten:

- Diagnose,
- Anamnese,
- Vorerkrankungen,
- durchgeführte Behandlungen,
- Behandlungsverlauf usw.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und werden – außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere mit einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits – nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Heilpraktikerin Sabine Waegner. Dieser kann persönlich, postalisch oder per E-Mail erfolgen.

Heilpraktikerin Sabine Waegner
Praxis für Naturheilkunde
Altendorfer Straße 17
92450 Altendorf
Tel. Festnetz: (09675) 914 8252
mobil: (0178) 1687062
E-Mail: info@rhythmisches-erleben.de

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als Portokosten bzw. Übermittlungskosten nach den z.Z. geltenden Tarifen.

Ort, Datum …… Unterschrift Patient/in ……..