



● EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG
● (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich,

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

gegenüber der Praxis

Katharina Beul, Venloer Straße 306, 50823 Köln

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- Erstellung von Rechnung/en mit einer Abrechnungssoftware (SimpliMed)
- Terminvereinbarungen via Email und SMS
- Zustellung der Rechnungen via Email
- Speicherung der Kontaktdaten im Googlekalender

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile.

Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift _____