



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Arztpraxis Episano/
Dr. Hollneck personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zu

Zweck der Datenverarbeitung

Adressat

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/
gesetzlichen Vertreters