

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige ein, daß die Hausarztpraxis meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten zum Zweck der medizinischen Behandlung, Abrechnung und der damit verbundenen Verwaltung verarbeitet.

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von **Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO** (Einwilligung) sowie **Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO** (Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten).

Ich wurde darüber informiert, daß ich diese Einwilligung **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

Mir ist bekannt, daß mir die Betroffenenrechte nach **Art. 13 ff. DSGVO**, insbesondere Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, zustehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient
