Einwilligungs Erklärung

**Einwilligung in die Datennutzung**

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass die Naturheilpraxis Klaus Schmidt Heilpraktiker meine Daten Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Lichtbild - für folgende Nutzungszwecke einsetzen und speichern darf:

▢ für meine naturheilkundlichen, therapeutischen Behandlungen

▢ Zusätzlich willige ich ein, dass die Naturheilpraxis Klaus Schmidt Heilpraktiker meine E-Mail-Adresse für folgende Zwecke einsetzen darf.

:

▢ für die Korrespondenz zu meinen Anliegen

**Rechte des Betroffenen**

**1. Widerspruchsrecht**

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder **per E-Mail** übermitteln.

**2. Informationspflicht**

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Heilpraktiker

Klaus Schmidt

Höchtestraße 26

D-79350 Sexau

[www.Heilpraktiker-Klaus-Schmidt.de](http://www.Heilpraktiker-Klaus-Schmidt.de)

info@Heilpraktiker-Klaus-Schmidt.de

**3. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Eigene Praxis

**4. Die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden**

Ihre Daten werden nach Abschluss Ihrer Behandlung 10 Jahre aufbewahrt.

**5. Hinweis auf das Auskunftsrecht des Patienten**

Sie haben das Recht auf Auskunft. Diese werden wir Ihnen innerhalb einer Frist von 14 Tagen beantworten (siehe Formular „Erteilung der Auskunft nach Art. 15 DSGVO“)

**6. Hinweis auf Berichtigung, Löschung, Widerspruch von personenbezogenen Daten**

Sie haben das Recht Ihre Daten bei Fehlern berichtigen zu lassen, der Datenspeicherung zu widersprechen und unter Berücksichtigung von gesetzlichen Speicherfristen Ihre Daten löschen zu lassen. Sie haben das Recht auf eingeschränkte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

**7. Hinweis auf Datenübertragbarkeit in strukturierter Form**

Sie haben das Recht Ihre Daten in strukturierter Form zu übertragen.

**8. Hinweis auf Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Königstrasse 10 a

70173 Stuttgart

Telefon: 07 11/61 55 41-0

Ohne Ihre Einwilligung erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte und die Datenschutzerklärung unter <https://www.heilpraktiker-klaus-schmidt.de/datenschutz.php> habe ich zur Kenntnis genommen.

Vorname: ……………………..….…………………

Name: ………………………..……………….…….

E-Mail: ……………….…………….………………..

Ort, …………………….………..

………….……………………………….

Unterschrift