



Einwilligung in die Nutzung medizinischer Patientendaten

(Stand Dezember 2020)

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

willige ein, dass Heilpraktikerin Ute Valentina Goisser, meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. kann. Hierzu gehören insbesondere folgende Daten: Diagnose, Anamnese, Vorerkrankungen, durchgeführte Behandlungen, Behandlungsverlauf usw.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere 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 Ute Valentina Goisser. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch, per E-Mail oder per Fax erfolgen.

Ute Valentina Goisser

Oberhamer Str. 28

82054 Sauerlach (Arget)

Tel 08104 8888318

Email: info@wwege.de

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

Ort, Datum Unterschrift Patient/in