



Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Vorname, Name _____

Strasse, Hausnummer, _____

PLZ; Ort _____

Tel.Nr. / E-mail _____

ich bin darauf hingewiesen worden, da neben meinen Kunden- und Vertragsdaten wie Name und Anschrift, Tel.Nr. und E-mail Adresse auch sensible Daten (Gesundheitsdaten) durch die

Praxis Quelle der Heilung, Felix Hummel verarbeitet werden. Zu diesen Gesundheitsdaten gehören die vor, während und nach der Behandlung erfasste Daten zu meinen Gesundheitszustand (Körperlich und Psychisch) einschließlich Bildmaterial zur Anamnese- und Behandlungsdaten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich nicht zur Einwilligung in die Datenverarbeitung verpflichtet bin, dass allerdings unter dieser Voraussetzung jedoch kein Behandlungsvertrag und keine Leistungserbringung (Behandlung) erfolgen kann.

Ich erteile hiermit meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Kunde- und Vertragsdaten sowie meiner Anamnese und Behandlungsdaten zum Zweck der Vertragserfüllung und Abrechnung. Diese Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Die Datenschutzerklärung von der Praxis Quelle der Heilung, Felix Hummel habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift, Ort, Datum _____

Quelle der Heilung
Felix Hummel
Auratechniker & Aurachirurg
Heckenweg 8
89168 Niederstotzingen

Tel.:073259679909
eMail: quellederheilung@mail.de
Instagram/ Facebook
Quelle.der.Heilung
www.quelle-der-heilung.com

Bankverbindung:
Sparkasse
IBAN: DE13730500000441473857
BIC: BYLADEM1NUL