

## Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten

### Ihre Daten

\_\_\_\_\_  
Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

### Gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

### Notfallkontakt

\_\_\_\_\_  
Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

### Meine Einwilligung zum Datenschutz gemäß DSGVO

Hiermit erkenne ich die Informationen und Bedingungen zum Datenschutz an und willige in die Nutzung meiner Daten gemäß o. g. Bestimmungen und zum Zwecke meiner Versorgung ein.

Ebenfalls stimme ich der Weitergabe von Behandlungs- und Personendaten sowie von Bilddokumenten an berechnigte Empfänger zu, sofern dies für den Behandlungsablauf bzw. dessen Abrechnung und Dokumentation notwendig ist.

Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert und die Informationen zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde/Kundin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers