**Patient/in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Adresse |       (Straße, PLZ, Ort) |

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*Hier den mit der Datenerhebung verfolgten Zweck eintragen*

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/in