



NEHMEN SIE MEDIKAMENTE ODER NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL?

☐ Falls ja, welche? _____

Bringen Sie diese gerne zu Ihrem Termin mit.

HABEN SIE NARBEN, TATTOOS, PIERCINGS ODER ÄHNLICHES?

☐ Falls ja, seit wann und wo? _____

DATENSCHUTZ

Sie sind einverstanden, dass Ihre Daten durch die Praxis zur therapeutischen Dokumentation erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobene persönliche Daten Ihrer Person werden unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis und Sie können Ihr Einverständnis verweigern. Sie sind jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen. Sie sind jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Sie sind jederzeit berechtigt, diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden Ihre Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

Datum, Unterschrift der/des Patientin/Patienten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters