

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Vorname, Name Geburtsdatum

als Träger/in der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Kind - Vorname, Name Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Name und Anschrift der Heilpraktikerin oder Stempel

Ich bin auf folgendes hingewiesen worden:

Die Verarbeitung von Daten des Kindes ist zum Zweck einer medizinischen Behandlung notwendig. Die Heilpraktikerin erhebt Daten über die Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge und anderes. *(Bitte individualisieren nach den Belangen der Praxis)*

Ich bin vor der Behandlung darauf hingewiesen worden, wie mit den Daten meines Kindes in der Praxis der Heilpraktikerin umgegangen wird. Ein Behandlungsvertrag liegt mir vor.
(individualisieren)

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass in der Praxis der Heilpraktikerin sensible Daten meines Kindes verarbeitet werden dürfen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ohne Verpflichtung. Ohne meine Einwilligung kann keine Behandlung durch die Heilpraktikerin erfolgen.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Heilpraktikerin grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Name, Anschrift Heilpraktikerin

Ort, Datum Unterschrift der Trägerin / des Trägers der elterlichen Verantwortung