



## Podologische Fachpraxis und Fachfußpflege Standfest

**Bernsteinstr. 1**

**93152 Nittendorf**

**Tel.: 0170 1867031**

**E-Mail: [Fuss@team-standfest.de](mailto:Fuss@team-standfest.de)**

### Einwilligungserklärung zur Datenerhebung nach DSGVO

Die podologische Fachpraxis und Fachfußpflege Standfest, Rathausplatz 10, 93170 Bernhardswald, Tel: 0170 1867031, E-Mail: [Fuss@team-standfest.de](mailto:Fuss@team-standfest.de) erhebt Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und zu seiner Durchführung. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [Fuss@team-standfest.de](mailto:Fuss@team-standfest.de) oder unter die podologische Fachpraxis und Fachfußpflege Standfest, Rathausplatz 10, 93170 Bernhardswald ,

Die Datenerhebung hat ihre gesetzliche Grundlage in Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet statt, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist oder Sie uns hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben (insb. Ärzte, Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Abrechnungs- und Verwaltungsstellen). Die Daten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen nach 10 Jahren gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung sowie für die gesetzliche Bestimmung nicht mehr erforderlich sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten zu verlangen. Außerdem können Sie bei Unrichtigkeit der Daten deren Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten bzw. Einschränkung der Verarbeitung fordern. Es besteht ferner ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einwilligung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Datenverarbeitung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ich habe die vorstehende Einwilligungserklärung gelesen und erteile mit meiner Unterschrift das Einverständnis. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Kunden/ Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer/ Handynummer:

E-Mail:

Ort, Datum

Unterschrift