



Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit widerrufe ich

Name des Patienten / Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

mit sofortiger Wirkung meine Ihnen erteilte Einwilligung vom _____
Datum

- zur Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten durch die Praxis PLEmobil zu folgenden Zwecken: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, zur Abrechnung.
- zur Anfertigung und Speicherung von Foto-/Videoaufnahmen zum Zwecke der therapeutischen Behandlung und Therapiedokumentation.
- Ich fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich zu löschen. Sollte eine Löschung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, fordere ich Sie auf die Daten in einer Form zu kennzeichnen, dass Sie von Ihrer Praxis zu keiner weiteren Verarbeitung genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters