

**Einwilligung in die Nutzung medizinischer  
Patientendaten  
(Stand Mai 2018)**



**SABINE DIETLMEIER**  
Praxis für Naturheilkunde  
und Osteopathie

Ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

willige ein, dass Heilpraktikerin Sabine Dietlmeier, Kirchenstraße 7, 82194 Gröbenzell, meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. darf. Hierzu gehören insbesondere folgende Daten: Diagnose, Anamnese, Vorerkrankungen, durchgeführte Behandlungen, Behandlungsverlauf usw.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits, nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Heilpraktikerin Sabine Dietlmeier. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch, per E-Mail oder der Fax erfolgen.

Sabine Dietlmeier  
Kirchenstraße 7,  
82194 Gröbenzell  
Tel.: 08142 4222907  
Email: [info@naturheilpraxis-dietlmeier.de](mailto:info@naturheilpraxis-dietlmeier.de)

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in