



KAROLIN TRAXINGER  
K I N E S O L O G I E

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

**Hiermit erteile ich**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Daten im Zusammenhang mit meiner Sitzung/Beratung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Begleitenden Kinesiologin und Beraterin:

Karolin Traxinger, Donauschwabenstr. 9, 85386 Eching.

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Sitzung/Beratung erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Sitzung/Beratung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. 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 Sitzung/Beratung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:  
Karolin Traxinger, Donauschwabenstr. 9, 85386 Eching