

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich,

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefon

E-Mail

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

PRAXIS VITA BREMEN  
Hypnose und Psychotraumatherapie  
Viktoria Treis, Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Am Wall 142  
28195 Bremen

Telefon  
0421/98974979  
E-Mail  
info@vita-bremen.de

Ich bestätige:

Dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt wurden.

Dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der psychologischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.

---

### Anschrift

PRAXIS VITA BREMEN  
Am Wall 142  
28195 Bremen

### Kontakt

Telefon  
0421/98974979  
E-Mail  
info@vita-bremen.de

### Steuernummer

60 275 198 63

### Bankverbindung

Postbank  
DE97250100300213390300

Dass ich weiters darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.

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 Behandlung erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnisgenommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

## 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 Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

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

PRAXIS VITA BREMEN  
Hypnose und Psychotraumatherapie  
Viktoria Treis, Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Am Wall 142  
28195 Bremen

Telefon  
0421/98974979  
E-Mail  
info@vita-bremen.de

---

### Anschrift

PRAXIS VITA BREMEN  
Am Wall 142  
28195 Bremen

### Kontakt

Telefon  
0421/98974979  
E-Mail  
info@vita-bremen.de

### Steuernummer

60 275 198 63

### Bankverbindung

Postbank  
DE97250100300213390300