



Einwilligungs-Erklärung

Für jede Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass die Naturheil-Praxis ~ Informationsfeld- und Energiemedizin, Stephanie Merges-Wimmer, verantwortlich: Stephanie Merges-Wimmer, meine Daten – Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten (§28 BDSG), genetische Daten (z. B. Blut, Fingernagel, Haar, Speichel), Lichtbild - für folgende Nutzungszwecke einsetzen und speichern darf:

- für meine naturheilkundlichen, therapeutischen Behandlungen
- für meine Analysen und Balancierungen mittels Informationsfeld-Technologie (TimeWaver-System Med & BIZ, Home) - *Hinweis
- für meine Bioresonanz-Therapie
- für die Abrechnung mit meiner privaten Krankenkasse (falls vorhanden)

Zusätzlich willige ich ein, dass die Naturheil-Praxis ~ Informationsfeld- und Energiemedizin meine E-Mail-Adresse für folgende Zwecke einsetzen darf:

- für die Korrespondenz zu meinen Anliegen
- für den Versand des Newsletters „Praxis-Tipps“- hier erhalte ich neueste Informationen aus Wissenschaft und Forschung sowie präventive Ansatzpunkte, die mir unter den Rubriken:
 - Bewusst Sein
 - Lebe weise
 - Tipps aus der Naturheilpraxis
 - Unterstützung aus dem Informationsfeld
 - Mit Gefühl
 - Lesefutter

als auch Bücher- & Videotipps, Termine, Hinweise uvm. zur Verfügung gestellt werden.

Rechte des Betroffenen

1. Widerspruchsrecht

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder **per E-Mail** oder **per Abmelde-Link im Newsletter** dem Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

2. Informationspflicht

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Stephanie Merges-Wimmer

Alois-Leitner-Str. 6

84359 Simbach (Inn)

Email: stephanie.merges@web.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Siegfried Floßmann

Email: info@sf-datenschutz.eu

3. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Eigene Praxis, ggf. private Krankenkasse

4. Die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden

Ihre Daten werden nach Abschluss Ihrer Behandlung 10 Jahre aufbewahrt.

5. Hinweis auf das Auskunftsrecht des Patienten

Sie haben das Recht auf Auskunft. Diese werden wir Ihnen innerhalb einer Frist von 14 Tagen beantworten (siehe Formular „Erteilung der Auskunft nach Art. 15 DSGVO“)

6. Hinweis auf Berichtigung, Löschung, Widerspruch von personenbezogenen Daten

Sie haben das Recht Ihre Daten bei Fehlern berichtigen zu lassen, der Datenspeicherung zu widersprechen und unter Berücksichtigung von gesetzlichen Speicherfristen Ihre Daten löschen zu lassen. Sie haben das Recht auf eingeschränkte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

7. Hinweis auf Datenübertragbarkeit in strukturierter Form

Sie haben das Recht Ihre Daten in strukturierter Form zu übertragen.

8. Hinweis auf Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Bayerisches Landesamt für Datenschutz

Hausanschrift

Promenade 27 (Schloß)
91522 Ansbach
Deutschland

Postanschrift

Postfach 606
91511 Ansbach

Erreichbarkeit

Telefon: +49 (0) 981 53 1300
Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300

Ohne Ihre Einwilligung erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte und die Datenschutzerklärung unter www.merges-wimmer.de/impressum habe ich zur Kenntnis genommen.

*Hinweis: Wissenschaft und Schulmedizin erkennen die Existenz von Informationsfeldern, deren medizinische und sonstige Bedeutung und die TimeWaver®-Systeme mit deren Anwendungen aufgrund fehlender wissenschaftlicher Nachweise im Sinne der Schulmedizin nicht an.

Vorname:

Simbach,

Name:

.....

[Unterschrift]

E-Mail: