

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

GEMÄß DSGVO IN DIE VERARBEITUNG VON DATEN DURCH DIE FORSCHUNGSABTEILUNG FÜR NATURHEILKUNDE DER EVANG. KLINIKEN ESSEN-MITTE

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine unten angegebenen personenbezogenen Daten zur **Kontaktaufnahme für zukünftige Studien** durch die Forschungsabteilung für Naturheilkunde der Evang. Kliniken Essen-Mitte genutzt werden dürfen.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Stadt: |_|_|_|_|_|_| _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Diagnose/Beschwerden: _____

Widerrufsrecht

Der/Die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Hierfür genügt eine E-Mail an studien-nhk@kem-med.com. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Datum: _____._____._____

Unterschrift: _____