

# Einverständniserklärung

Personalien:

Vorname: \_\_\_\_\_

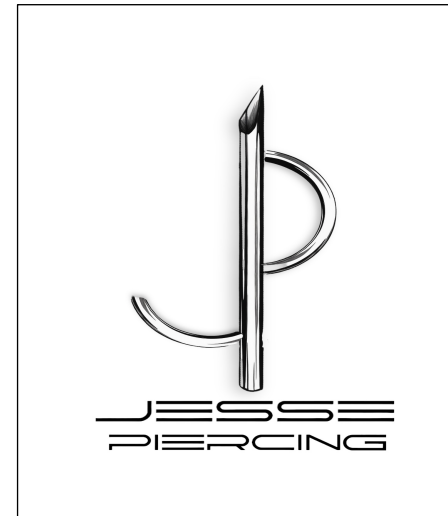
Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort/PLZ: \_\_\_\_\_

E-Mail / Telefon: \_\_\_\_\_



Relevante Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Nehmen sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Schwanger: Ja  Nein  Geplant

Ich bin damit einverstanden, dass ein Fotogemacht wird, welches zur Dokumentation im eigenen Studio verwendet wird JA  NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos oder Videos gemacht werden die auf SocialMedia Plattformen veröffentlicht werden JA  NEIN

Die Löschung kann zu jeder Zeit schriftlich veranlasst werden!

Datenschutzvereinbarung:

Wir erheben in dieser Einwilligungserklärung Gesundheitsdaten, damit wir entscheiden können ob die Durchführung des Vertrags ohne Gefahr für Eure Gesundheit und ohne Beeinträchtigung des Ergebnisses unserer Arbeit möglich ist. Daher kann ohne diese Datenerhebung der Vertrag von uns nicht durchgeführt werden. Bei diesen Daten handelt es sich um besondere Daten im Sinne des Art. 9 EU DSGVO. In deren Erhebung wird hiermit ausdrücklich eingewilligt. Diese Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben und sie werden für die Dauer von 10 Jahren bei uns aufbewahrt. Hiernach werden die Einwilligungserklärung und die Zustimmungserklärung vernichtet. Diese Einwilligung kann uns gegenüber jederzeit widerrufen werden. (Art. 7 Abs. 3 EU DSGVO) Hiernach dürfen wir die Verarbeitung der unter der Einwilligung erhobenen und/oder verwendeten Lichtbilder nicht mehr fortsetzen. Die erhobenen Gesundheitsdaten werden da deren Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs legitim ist- bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist verwahrt. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_

Piercer: Jesse Bakos