

## Widerruf der Datenverarbeitungsvereinbarung

.....  
Name , Vorname

### Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO

Bitte zutreffendes Ankreuzen und ausfüllen

**Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten**

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten vom .....  
zum Zwecke

.....  
und fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich zu löschen. Sollte eine Löschung aus rechtlichen Gründen nicht möglich ein, fordere ich Sie auf, die Daten in einer Form zu kennzeichnen, das Sie von Ihrer Praxis zu keiner weiteren Verarbeitung genutzt werden.

**Die Weitergabe der Daten an Dritte zum Zwecke**

Hiermit widerrufe ich die Weitergabe der Daten an Dritte zum Zwecke:

.....  
Ich fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich für eine Weitergabe zu sperren und dafür zu sorgen, das die Sperrung auch von den Unternehmen durchgeführt wird, denen Sie meine Daten zum Zwecke der Auftragsverarbeitung übermittelt haben. Sollte eine Sperrung nicht unverzüglich möglich sein, so bitte ich um entsprechende Mitteilung unter Angabe des voraussichtlichen Vollzuges der Sperrung

**Der Entbindung der Schweigepflicht**

Hiermit widerrufe ich mit sofortiger Wirkung meine erteilte Entbindung von der Schweigepflicht vom gegenüber

Der Krankenversicherung. ....  
Dem Arzt .....  
Dem Krankenhaus .....  
Sonstige .....

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift

**Bitte senden Sie uns den Widerruf an :**  
**ConVersio Therapiezentrum , Albertstr.14a: 01097 Dresden**