

Datenschutzrichtlinien Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 und Art 7 Abs 1 lit.a DSGVO.

Lieber Patient, liebe Patientin,

aus organisatorischen Gründen möchten wir in unserer Praxis auch Daten verarbeiten, für die wir jeweils Ihre Einwilligung benötigen.

Wir möchten Sie bitten, mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie damit einverstanden sind. Ihre Behandlung ist davon selbstverständlich nicht abhängig und Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke durch die Praxis zu:

- ☐ Recall-Service zur Erinnerung an Ihren regelmäßigen Zahnarzt-Besuch
- ☐ Informationsschreiben zur Neuerungen in der Praxis
- ☐ Externe Abrechnung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 4 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____