

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Zahnarztpraxis
Andreas Schulz
Elbstr. 2
19303 Dömitz
Tel. 038758-22730

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- der Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung oder –änderung bzw. zur Klärung weiterer Fragen bezüglich Ihrer Behandlung
- der Behandlung gemäß der vertragszahnärztlichen bzw. privat Zahnärztlichen Versorgung
- der Kontaktaufnahme mit den für Sie zuständigen gesetzlichen bzw. privaten Krankenkassen bzw. Beihilfestellen
- der Kontaktaufnahme und Befundübermittlungen mit überweisenden Fachkollegen, Vorbehandlern bzw. Folgebehandlern

durch die Praxis zu.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Einsicht erhalten und stimme ihr zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 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).

Dömitz, den _____

Unterschrift Patient/in