

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnmedizinischen Behandlung durch die Praxis 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).

Die Datenschutzerklärung der Praxis ist mir bekannt und zugänglich.

_____, den _____, Ort _____ Patient/in _____

Recall

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (per Brief, Mail oder SMS) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Informationssystem

Damit Sie bestens über unsere Zahnarztpraxis informiert sind, möchten wir Ihnen unsere Leistungen in Form von Informationsmaterial zur Verfügung stellen.

Ich bin bereit, an Ihrem Informationssystem (per Brief, Mail oder SMS) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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).

Die Datenschutzerklärung der Praxis ist mir bekannt und zugänglich.

_____, den _____, Ort _____ Patient/in _____