

Datenschutzeinwilligung Patienten

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6 Abs. 1 lit. a, 7 DSGVO

- zum Verbleib in der Praxis -

I, ·

Patient: Name, Vorname · Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon/E-Mail

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck des regelmäßigen Recalls, der Terminerinnerung und der Übermittlung von Unterlagen an meine Person 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).

Ich wünsche Kontaktaufnahme (z.B. Vorsorgeuntersuchung, Termine)

per SMS

per Mail

Ich wünsche keine Kontaktaufnahme

Änderung Anamnese (Krankheiten, Medikamente seit dem letzten Erhebungsbogen/weitere Ergänzungen)

Ich wünsche in der Regel von folgendem Zahnarzt behandelt zu werden (bitte nur einen Hauptbehandler angeben):

ZA André Röhling

ZA Dimitrios Tanos

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich oder per E-Mail gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Berlin, 23.07.2024

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter