



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß
Art. 6, 7 Abs. 1 lit. A DSGVO

Patient/in:

Name:

Adresse:

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

- Ärztliche Dokumentation
- Erbringen von zahnärztlichen und zahntechnischen Dienstleistungen
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs
- Identitätsfeststellung
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-,
Auskunfts-, Aufbewahrungs-, Qualitätssicherungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbearbeitung für den Fall der
Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)
- Einer Terminvereinbarung im Recall
- Evtl. telefonische Terminänderungen
- Versand von Glückwunschkarten

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).

Triefenstein, den _____

Unterschrift Patient/in