

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind vom Gesetzgeber dazu verpflichtet Ihre Patientendaten für einen Zeitraum von 10 Jahren zu archivieren. Bitte lesen Sie sich gewissenhaft die Informationen zum Datenschutz durch.

Vielen Dank.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten, durch die Praxis, zu. Den Zweck der Speicherung habe ich der Mappe, „Information zum Schutz Ihrer Daten in unserer Praxis“, entnommen.

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).

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

UNSER RECALL-SYSTEM

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Verwaltungspersonal.

Wir antworten Ihnen gerne.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ich möchte nicht am Recall-Service teilnehmen.
- Ich möchte am Recall-Service teilnehmen und stimme dafür 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).

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter