

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Ich stimme hiermit der Verarbeitung, Speicherung, Nutzung, Übermittlung und Löschung meiner personenbezogenen Daten (dazu gehören auch Röntgenaufnahmen, Anamnese, Therapieberichte sowie Befunde) durch die Zahnarztpraxis Dr. Olaf Lottner zu.

Des Weiteren betrifft dies alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit der Zahnarztpraxis Dr. Olaf Lottner stehen (z. B. Bevollmächtigte und Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen).

WEITERE INFORMATIONEN ENTNEHMEN SIE BITTE DER AUSLIEGENDEN DATENSCHUTZERKLÄRUNG.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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 DSGVO).

Sie dürfen mich für Terminverschiebungen, Terminabsagen und allgemeine Kommunikation unter der Ihnen bekannten Telefonnummer anrufen, SMS senden und E-Mails schreiben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r