

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

gesetzlicher Vertreter

Straße

PLZ

Ort

- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Daten zum Zweck der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein.
- Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Kontaktdaten zum Zweck der Terminbestätigung, -erinnerung und -koordination ein.
Die Kontaktaufnahme erfolgt per Telefon, SMS oder E-Mail.

Handynummer für SMS-Bestätigung: _____

- Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos zum Zweck der Behandlungsplanung und Dokumentation ein.
- Hiermit willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis Dr. Preusse & Partner meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten und mit dem überweisenden und/ oder mitwirkenden Zahnarzt/ Arzt oder dem zahntechnischen Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit dies für die Diagnostik, Behandlung und Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die zahnmedizinischen Fachangestellten.

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).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters