

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Für den Patienten: Nicht zutreffendes bitte streichen:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Übermittlung an Dentallabor | Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.
Gilt nicht wenn ein Vertrag zur Auftrags-Datenverarbeitung vorliegt |
| 2. Recall System | Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch. |
| 3. Praxisinformation | Mitgabe von Flyern mit Informationen über Praxisangebote. |
| 4. Arztbriefe | Übermittlung des Behandlungsverlaufes und der Diagnose an Ihren Hauszahnarzt. |

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).

_____, den _____

Patient/in