



Datenspeicherung

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Für den Patienten: Zutreffendes bitte ankreuzen:

Übermittlung an Dentallabor

Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.

Recall-System

Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch

Praxisinformationen

Flyer mit Informationen über Praxisangebote

Kommunikation

Krankenkasse, KZV, mitbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Abrechnungsgesellschaften,
Zahnärztekammer, Gutachter u.ä.

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).

Borna, den _____

Ihre Unterschrift