



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

Pat. Name / Vorname _____

Erziehungsberechtigter _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für

- den Zweck der Dokumentation der im Zusammenhang mit dem Praxisbesuch erfolgten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- den daraus resultierenden Verordnungen und Überweisungen und konsiliarische Beratungen mit Fachkollegen und dem zahntechnischen Labor
- der Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und – behandlungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privatärztlichen Versorgung

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).

Erfurt, den

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer