



PATIENTENDATEN

Vorname

Name

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

UNSER SERVICE FÜR SIE

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxeterminale zu informieren. Ist dieser Service Ihrerseits gewünscht, benötigen wir hierzu Ihre Unterschrift. Auch benötigen wir diese, insofern Sie unseren Service nutzen möchten, postalisch bzw. per E-Mail separate Informationen zu unserer Praxis und zu besonderen Aktionen zu erhalten.

Mit dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten kommen wir den Erfordernissen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nach, denn der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig.

Sollten Sie Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte jederzeit gerne an unser Praxisteam.

Ich möchte am Recall-Service teilnehmen.

Kontaktierungswunsch: per Post per E-Mail per SMS

Ich wünsche den Terminerinnerungsservice.

Erinnerungswunsch: per Telefon per E-Mail per SMS

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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