

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)

Zahnärztin

Dr. Philo von Schaabner-Haase



Doktorswiese 1
38640 Goslar
schaabner-haase.de

Tel 05321 45114
Fax 05321 393580
praxis@schaabner-haase.de

Patient/in:

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck

- der Abrechnung mit der Krankenkasse und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
- des Austauschs mit der Abrechnungsgesellschaft BFS im Rahmen der Forderungsdurchsetzung
- der Kommunikation mit den Labors
- der Terminvermittlung über Email oder Kontaktformular
- der Wahrnehmung gesetzlich vorgegebener Dokumentationspflichten
- zur Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungen
- der Patienteninformation im Rahmen eines Recall-Systems

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).

Ort, Datum

Unterschrift