

# 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

## Unser Recall-System

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

### Patient/in:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Email \_\_\_\_\_

Ich möchte meinen Recall

per Email  per Brief erhalten.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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