



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer, PLZ + Ort

- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Daten zum Zweck der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein.
- Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Kontaktdaten zum Zweck der Terminbestätigung, -Erinnerung und -Koordination ein. Die Kontaktaufnahme erfolgt per E-Mail oder Telefon.
- Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos zum Zweck der Behandlungsplanung und Dokumentation ein.
- Hiermit willige ich ein, dass die Zahnarztpraxis am Kanal meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten und mit dem überweisenden und/oder mitwirkenden Zahnarzt/Arzt oder dem zahntechnischen Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit dies für die Diagnostik, Behandlung und Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die zahnmedizinischen Fachangestellten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und der Regelung zum Datenschutz gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO.

Eine Erklärung zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Ansicht bereit.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit in der 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 des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten