

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG



FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEMÄSS ART. 1 NACH DSGVO

Bitte vervollständigen/aktualisieren Sie Ihre Kontaktdaten

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Telefon

Handynummer

E-Mail Adresse

Ich stimme hiermit 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 der Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR KONTAKTAUFNAHME NACH DSGVO

Ich möchte von der Zahnarztpraxis am Sand telefonisch, per E-Mail oder per SMS kontaktiert werden. Dies kann für Terminvereinbarungen oder -erinnerungen, allgemeine Patienteninformation, Anamnesebogen, Rechnungen und dem Recall erfolgen.

Meine Daten werden keinesfalls an Dritte weitergeleitet. Meine freiwillig abgegebene Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail an info@zahnaerzte-am-sand.de oder telefonisch unter 040-52 47 03 30 widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in