



Praxisstempel

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Patient/in:

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen-Anhalt oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

- ja nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

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

.....
Datum, Unterschrift Patient