

## **Einwilligung in die Erhebung, Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß DSGVO**

Patient:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gemäß DSGVO bin ich mit der Erhebung, Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Schreckhaas und Kollegen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung einverstanden. Ausführliche Informationen hierzu habe ich erhalten.

Ich weiß, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Patient bzw Sorgeberechtigter

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.*

*In unserer Praxis hat eine gute Kommunikation mit unseren Patienten schon immer einen sehr hohen Stellenwert. Gerne würden wir zur Kommunikation mit Ihnen (z.B. Terminvereinbarung, Erinnerung an Kontroll- und Prophylaxe-Termine, Informationen) in Zukunft auch die „papierlose“ Form nutzen zum Beispiel per Email oder SMS. Selbstverständlich nur, wenn Sie dies wünschen und damit einverstanden sind. Bitte bestätigen Sie uns in diesem Falle hier Ihr Einverständnis:*

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Zahnarztpraxis M. Schreckhaas und Kollegen auf folgende Weisen kontaktiert (bitte ankreuzen) und hierzu meine personenbezogenen Daten speichert und verarbeitet:

telefonisch: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

per Kurznachricht (z.B. SMS)

per Email: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung hat keinen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Patient bzw Sorgeberechtigter