



DATENSCHUTZ UND RECALL-SERVICE

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenschutz-Grundverordnung der EU erfordert es, dass wir mit Ihnen wesentliche, patientenbezogene Abläufe in unserer Praxis verabreden, und Ihr Einverständnis dazu einzuholen müssen. Bitte lesen Sie dazu die Ihnen ausgehändigte Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung.

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
E-Mail	Tel. (mobil)

Ich bin darüber informiert worden, dass die Aufnahme, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Ich stimme der Datenübermittlung an andere Behandler oder weiterbehandelnde Ärzte zu. Im Falle von Zahnersatzarbeiten bin ich damit einverstanden, dass notwendige Daten und zur Vereinfachung der Organisation mein Name an das Zahntechnische Labor AR Dental oder Silberbauer Dentallounge übermittelt werden.

Ich werde weiterhin gerne mit meinem Namen angesprochen und freue mich, auch mit diesem aufgerufen zu werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich bei Bedarf kontaktieren darf per Anruf, SMS oder Email.

*Ich möchte gerne an Ihrem Recall- (Erinnerungs-) Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.
Ich wünsche die Terminerinnerung bitte per*

SMS oder Email. Ich möchte nicht am Recall-Service teilnehmen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden. Ich bin mir meiner Rechte zur Verarbeitung meiner Daten bewusst und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten zu den genannten Zwecken einverstanden. Ich weiß, 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).

Hamburg, Datum	Unterschrift
----------------	--------------