**Patient/in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|  |  |
| Straße: | PLZ: | Ort: |

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der:

* Kontaktaufnahme zur Terminabsprache (Telefon, Brief, E-Mail )
* Weitergabe Ihrer Daten an Dritte zum Zwecke der Behandlung( (zahn-)ärztliche Einrichtungen, Dentallabor )

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

Wittingen,den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/in

**Unser Recall-System**

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir helfen Ihnen gerne.

**Patient/in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|  |  |
| Straße: | PLZ: | Ort: |

Ich bin bereit, an Ihrem RecaIl-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich 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 die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Wittingen, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/in