



Datenschutzrechtliche Einwilligung

Herr / Frau _____
(vollständiger Name)

wohnhaft in _____
(PLZ, Ort, Straße, Nr.)

E-Mail Adresse _____

Handy-Nr. _____

stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) sowie Erinnerung an einen vereinbarten Termin per Post

die Dienste zum Zwecke der Terminvergabe

die Datenweitergabe bei ext. Arbeiten und Herausgabe zahnärztlicher Arbeiten mit personenbezogenen Daten an schweigepflichtgebundene Labore

sämtlicher Schriftverkehr sowie Geburtstagsgrüße

(Datum + Unterschrift Patient)