

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Maria Kretsch
Limesstraße 87 | 81243 München
Telefon: 089/ 87 67 68
E-Mail: info@praxis-kretsch.de

Patient/in:

Name / Geb.datum	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Datenverarbeitung, -weitergabe/-übermittlung, -austausch, -anforderung mit/von Dritten (z.B. Zahnärzte/Ärzte, Abrechnungsstellen, Softwareunternehmen, Labore, etc.) für die Beratung, Behandlungsdurchführung, Dokumentation, Abrechnung

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). Auch kann ich jederzeit eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten anfordern.

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).

_____, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/-in