

## Datenschutzerklärung

Patient/in:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Dokumentation und Abrechnung der Behandlung, ggf. Weitergabe an andere Fachärzte, Zahnlabor, Recall, E-Mail-Verkehr

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).

Trebbin, den \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_