

Patientenerklärung zum Datenschutz

Einverständnis zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ich _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für den Zweck des Praxis-Recallsystems, für die Bereitstellung von fachlichen Informationen, des Leistungsangebotes der Praxis und für die Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung verwendet werden dürfen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Für Rückfragen steht Ihnen das Team der Zahnarztpraxis Hanft jederzeit gern zur Verfügung.

Name, Vorname (Unterschrift)	Datum
Zahnarztpraxis Dr. Hanft Ihre Praxis für digitale Zahnmedizin in Groß-Umstadt	