

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis von Dr. Constanze Zimmermann

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1a und Art. 7 Abs 1 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- der zahnärztlichen Behandlung,
- der Anforderung von meinen Röntgenbildern von einem Kollegen und
- der Übergabe meiner Röntgenbildern an einen Kollegen

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).

Name: _____ Vorname: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____