Zahnarztpraxis
im Leinetal

Dr. Pia Bodenburg

Im Bache 23 | 37120 Bovenden
Tel. 0551 8075
info@zap-leinetal.de
www.zap-leinetal.de

PATIENTIN/PATIENT

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße/Hausnr. .....

PLZ/Ort .....

DSGVO

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEMÄSS ART. 6, 7 ABS. 1 LIT A DSGVO

ICH STIMME HIERMIT DER SPEICHERUNG MEINER PERSONENBEZOGENEN DATEN FÜR DEN ZWECK:

- Patientenkartei
- Anamnesebogen
- Einwilligungen in zahnärztliche und zahnärztlich-chirurgische Behandlungen
- Röntgenaufnahmen
- Prophylaxe-Recall
- Kontaktaufnahme (telefonisch, eMail, postalisch)
- Erinnerungsservice durch die Zahnarztpraxis im Leinetal zu.

DES WEITEREN STIMME ICH DER WEITERGABE AN UND KONSILIARISCHEN ERÖRTERUNG DIESER DATEN MIT:

- Ärztliche/n und zahnärztliche/n Kollegen
- Physiotherapeuten
- Dentallabore/n
- Krankenkassen durch die Zahnarztpraxis im Leinetal zu.

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass für die Behandlung erforderlichen Befundunterlagen und Röntgenaufnahmen von ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen, Physiotherapeuten und Dentallaboren durch die Zahnarztpraxis im Leinetal angefragt werden dürfen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eMail 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)

Ort, Datum ..... Unterschrift Patientin/Patient .....