

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Zahnarztpraxis Dr. Robben
Waldstraße 25
49808 Lingen
Tel.: 0591/97783430

Patient/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- meiner Behandlung (Gesundheitszustand, Versicherungsstatus, Daten zu meiner Person etc.) im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses
- der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge
- der Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Aufgaben sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflichten durch Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientenakten durch ordnungsgemäße Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung
- der Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat Zahnärztlichen Versorgung
- der Durchsetzung des praxiseigenen Honoraranspruches für die erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat Zahnärztlichen Versorgung
- der Terminvereinbarung (telefonisch, online per Email oder über unsere Homepage www.zahnarzt-robbe.n.lingen.de) → um Ihnen einen Behandlungstermin zuzuweisen oder auch um die Anfrage beantworten zu können

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Hierzu reicht es aus, dass ich meinen Widerruf der Praxis beispielsweise per E-Mail mitteile. 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 S. 2 DS-GVO).

.....(Ort), den (Datum)

.....
Patient/-in ggf. gesetzliche/r Vertreter/in