

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten

gemäß Art.6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Patient/in (Kind): _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Erziehungsberechtigte/er, Betreuer/in: _____

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen -Anhalt oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleitern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

- ja
- nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz DSGVO).

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in