

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

- Zusammenarbeit mit zahntechnischem Labor
- Kommunikation mit kooperierenden Ärzten / Zahnärzten / Krankenkassen
- Weiterleitung von Röntgenbildern zur Vermeidung von Strahlenbelastung
- Steuerberatung / Buchhaltung
- CGM – Dentalsystem (Verwaltung / Abrechnung)

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).

_____, den _____

Patient/in

Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Görrissen und das Praxisteam von der zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber _____ (z.B. Name: Ehegatte, Verwandte, Betreuer)

_____, den _____
