

Patient/ in:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse: (Straße, PLZ, Ort)	
Telefonnummer:	

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck durch die Praxis zu.

1. Übermittlung an Dentallabor *Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz und Schienen*
2. Recall-System *Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch / Terminerinnerung vor Operationen*
3. Übermittlung an Hauszahnarzt *Befundbericht, Röntgenbilder*
4. Übermittlung an Labore *Pathologie, Zytologie, Mikrobiologie*

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).

Zwickau, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters

Vertraglich wird folgendes vereinbart:

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Wir bitten Sie daher, uns rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, bei Verhinderung zu informieren, da erhebliche wirtschaftliche Einbußen für das Praxisteam entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn für den Ausfall keine anderen Patienten behandelt werden können.

Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen eine Rechnung für ein Ausfallhonorar in Höhe von 150,00 EUR pro eingeplante Stunde berechnen, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet (z.B. aufgrund eines Unfalles etc.). In diesem Fall haben Sie uns die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Sie haben die Möglichkeit einen geringeren Ausfallschaden nachzuweisen.

Ich bin mit der Vereinbarung einverstanden.

Zwickau, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters