

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