

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

WEISS² Meine Zahnärztinnen
Dres A. Lippeke und K. Felmeden
Borsigstraße 2
65205 Wiesbaden

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice (Recall) für den halbjährlichen Zahnarztbesuch? Sie wünschen eine Terminerinnerung per SMS? Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder unsere Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

| | |
|---------------|--|
| Name | |
| Adresse | |
| E-Mail | |
| Telefonnummer | |
| Handynummer | |

Sie können gerne beides wählen

- Sie dürfen mich per Email oder Telefon kontaktieren, z.B. zur halbjährlichen Terminerinnerung (Recall), Terminabsprache o.ä.
- Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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 Unterschrift