

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG



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

Patient/in:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

Plz, Ort

Telefon:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Terminerinnerung (Recall und Jahresuntersuchung) 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).

Fuldataal den

Ort, Datum

Unterschrift