

ZAHNARZTPRAXIS - DR. GUNDOLF SCHUHRIEMEN

Kolpingstrasse 21, 49610 Quakenbrück, Tel.: 05431-92060, Fax: 05431-92061

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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

Recall - Terminerinnerungsservice

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben Interesse an unserem Erinnerungsservice für den halbjährlichen Zahnarztbesuch?

Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. 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).

Quakenbrück, den _____

Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r