



DSGVO-EINWILLIGUNG

Name, Vorname Patient*in

Adresse

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der Kassen-zahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen oder anderer Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc. und der Zusendung von Postkarten (Terminerinnerung = Recall, Geburtstagsgrüße, Kondolenzkarten, Glückwünsche zur Geburt eines Kindes), der telefonischen und elektronischen (E-Mail) Kontaktaufnahme

durch die oben genannte Zahnarztpraxis 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).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

ZAHNARZT DENNIS J. OLSEN