



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 Kassenzahnärztlichen 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