



# Datenschutzerklärung

Patient/-in

Name / Vorname: .....

Adresse: .....  
.....

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und ist unabhängig von unserem Behandlungsplan für Sie. Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Susann Kramß-Koloß:

- |                                                                                                                                                                                      |                          |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdurchführung durch die Praxis speichern darf.                                                                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... berechtigt ist, meine Behandlungsdaten und -unterlagen, Röntgenbilder, Modell usw. an mit- bzw. weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Therapeuten, zahntechn. Labor weiterzugeben. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... meine Daten für Recall- und Terminerinnerungen nutzen darf. Der Recall-Service erfolgt per Brief/Postkarte bzw. telefonisch.                                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... Einwilligung zur Dokumentation in der elektr. Patientenakte                                                                                                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

(bitte ankreuzen)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft schriftlich oder per 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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam Dr. med. dent. Susann Kramß-Koloß