

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

Patient/in (Name/Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnmedizinischen Behandlung durch die Praxis zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Behandlungsdaten in Form eines Behandlungsbericht - einschließlich eventueller Foto- und Röntgendokumentation - verarbeitet und in schriftlicher oder digitaler (verschlüsseltes Email) an meinen Hauszahnarzt gesendet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für Endodontie mich telefonisch, via SMS oder per E-Mail zu Behandlungszwecken kontaktiert.

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).

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_