DENTALOGICUM
ZAHNMEDIZIN BERLIN

PATIENTENDATEN

Vorname

Nachname

Straße · Hausnummer

Postleitzahl · Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

UNSER SERVICE FÜR SIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxetermine zu informieren. Ist dieser Service Ihrerseits gewünscht, benötigen wir hierzu Ihre Unterschrift. Auch benötigen wir diese, insofern Sie eine Terminerinnerung wünschen oder unseren Service nutzen möchten, postalisch bzw. per E-Mail separate Informationen zu unserer Praxis und zu besonderen Aktionen zu erhalten.

Mit dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten kommen wir den Erfordernissen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nach, denn der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig.

Sollten Sie Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte jederzeit gerne an unser Praxisteam.

☐ Ich möchte am Recall-Service teilnehmen.
Kontaktierungswunsch: ☐ per E-Mail ☐ per Anruf ☐ per SMS

☐ Ich wünsche eine Terminerinnerung.
Kontaktierungswunsch: ☐ per E-Mail ☐ per Anruf ☐ per SMS

☐ Ich wünsche die Übersendung von Informationen zur Praxis und zu Aktionen.
Übersendungswunsch: ☐ per Post ☐ per E-Mail

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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