

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

### Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke:

*Dokumentation von Zahn- und Gesundheitsstatus,  
Terminplanung,  
Abrechnung,  
Zusammenarbeit mit zahntechnischen Laboren und  
Zusammenarbeit mit mitbehandelnden Ärzten (u.a. Chirurgie, KFO )*

durch die Zahnarztpraxis Zahnecke Kiel 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).

Die vollständige Datenschutzerklärung ist im Informationsordner im Wartezimmer einsehbar.

Kiel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patient/in