

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

Zahnarztpraxis Dr. Reisch  
Prenzlauer Allee 180  
10405 Berlin  
030/ 4 44 08 49

**Patient/in:**

Name, Vorname	geb:
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung/Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Anrufe (z.B. für Terminabsprachen)
- Email
- Entbindung von der Schweigepflicht zur Übersendung von Röntgenaufnahmen bei Überweisungen/ bei Bedarf anfordern von Röntgenaufnahmen
- Fotoaufnahmen (nach vorheriger mündlicher Zustimmung)
- zur Auftragsverarbeitung im Zahntechniklabor
- namentliches Ansprechen in den Praxisräumen (z.B.: Aufrufen zur Behandlung, bei eventuellen Fragen an der Rezeption etc..)
- Recall (jährlicher Erinnerungsservice)
- Rücksprachen bei Ihrer Krankenkasse z.B.: bei Fragen zu Heil- und Kostenplänen etc.
- Terminvereinbarung durch den Partner, Angehörigen etc.
- Speicherung der Daten nach Einlesen Ihrer Versicherungskarte

durch die Praxis zu.

Die Datenschutzerklärung liegt als Aushang im Wartezimmer für jeden Patienten zur Einsichtnahme aus. Desweiteren kann unsere Datenschutzerklärung jederzeit im Internet unter <https://www.za-praxis-dr-reisch.de/datenschutz/> eingesehen werden.

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).

*Gerne fertigen wir Ihnen eine Kopie des unterschriebenen Formulars für Ihre Unterlagen an.*

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in