

Dr. Brüntjen & Kollegen, Paul-Tantzen-Str.6, 26125 Oldenburg

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

Patient / in:

Name: _____ Geb. : _____

Adresse: _____

Ich stimme hiermit der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- meiner Behandlung
- zum Austausch und zur Abrechnung mit meiner gesetzlichen Krankenkasse und der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung
- zur gesetzlichen Prüfung von Röntgenbildern bei der zuständigen Behörde
- zur Teilnahme an einem Termin-Erinnerungssystem

durch meinen Zahnarzt/meine Zahnärztin zu.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen zum Zwecke der Begutachtung oder zur Weiterleitung an andere Ärzte oder Zahnärzte versendet werden.

Auch stimme ich zu, daß mein Zahnarzt/meine Zahnärztin meine Daten ggf. mit anderen Ärzten/Zahnärzten, Apotheken, Logopäden, Physiotherapeuten und Laboren, besprechen und austauschen darf.

Einer Kontaktaufnahme durch meinen behandelnden Zahnarzt /meine behandelnde Zahnärztin, telefonisch, schriftlich, ggf. per Email, stimme ich ebenfalls 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).

Oldenburg, den _____

Unterschrift Patient/ in