

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs-
erklärung** für die Verarbeitung personen-
bezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7
Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)

Praxisstempel

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
E-Mail	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (zutreffendes bitte ankreuzen)

per E-Mail

per Brief

teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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).

_____, den _____

Patient/in