

Zahnarztpraxis Bidaa Othman

Porschestraße 76 - 38440 Wolfsburg
Telefon: 0536113433 - Telefax: 053618434581
info@zahnarztpraxis-othman.de

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort: _____

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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personengebundenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.

Bei Bedarf stimme ich weiterhin der Weiterleitung dieser Daten an andere medizinische Einrichtungen (Praxis und Kliniken, Krankenkassen, Kieferchirurgen) 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).

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten.

Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an Zahnärztin Bidaa Othman, Porschestraße 76 in Wolfsburg zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____