

Einwilligungserklärung in Datenverarbeitung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten und Erfüllung des Behandlungsvertrags

von Frau/Herrn: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, und erteile im Rahmen des Datenschutzes der Praxis

Zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft, Dr. Markus Schmid / Dr Johannes Ermer

Wörthstraße 9,92637 Weiden

mit dem verantwortlichen Datenschutzbeauftragten:

Herr Carsten Schafflhuber

Weiherstraße 5,88682 Salem-Beuren

E-Mail: service@systemhaus-datenschutz.de

Die Erlaubnis mich per

- Brief / E-Mail (auch unverschlüsselt) / Telefon / Fax / Handy oder SMS

zu kontaktieren. Die Kontaktaufnahme erfolgt im Rahmen der Vergabe, Absage, Verschiebung oder Erinnerung von Terminen und dient der Erfüllung des Behandlungsvertrags. Mit der Weitergabe an andere behandelnde Ärzte und Abrechnungsstellen bin ich einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Markus Schmid / Dr. Johannes Ermer

Wörthstraße 9,92637 Weiden

Email: info@zahnarzt-weiden.com oder per Telefon: 0961-47037110

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____