



## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße

PLZ, Ort

Ich stimme hiermit der Verarbeitung, Speicherung, Nutzung, Übermittlung und Löschung meiner personenbezogenen Daten (wie Befund, Röntgenbilder, Therapieberichte, Anamnese usw.) durch die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Klaus Vollmer in Göppingen zu.

Des Weiteren betrifft dies alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit der Zahnarztpraxis Dr. Vollmer stehen (hierzu zählen u. a. Erziehungsberechtigte, Bevollmächtigte, Mitarbeiter juristischer Personen).

Für weitere Informationen verweisen wir Sie auf unserer Datenschutzerklärung – zu finden ist diese auf unserer Homepage [www.dr-vollmer-zahnarzt.de](http://www.dr-vollmer-zahnarzt.de).

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 DSGVO).

Für das ReCall-System der Praxis, für Terminverschiebungen oder Terminabsagen etc. dürfen Sie mich unter der Ihnen bekannten Telefonnummer anrufen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r