

**Datenschutzrechtliche Einwilli-
gungs-erklärung** für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten ge-
mäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Dr. Michael Schädler
Dr. Mathias Brandenbusch
Georg-Josef-Str. 2
65343 Eltville

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den halbjährlichen 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	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service 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).

- per Telefon _____
- per E-Mail _____

Ort, Datum _____

Patient/in; bei Kindern Erziehungsberechtigte/r