

Die Zahnärzte im Stahlbadehaus

Thomas Wüst Dr. Steffen Wich-Schwarz
Dr. Johanna Feucht



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
Gemäß Art. 6 Abs.1 lit. A, Art. 7 DSGVO

Patient

Name Vorname geb.

Gesetzl. Vertreter

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für unten aufgeführte Zwecke 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).

Ich wurde darüber informiert, dass die Datenschutzverordnung in der Praxis ausliegt und mir auf Anfrage ausgehändigt werden kann.

1. Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen für den Zweck der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen an die externe Abrechnungsfirma PMdental zu.

PMdental Praxismanagement – Sabine Berg

Hasengasse 2
56370 Rettert

Telefon: +49 177-5279773

E-Mail: service@pmdental-online.de

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. 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).

Ort/Datum:

Unterschrift:
