

**Patient/in:**

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

**Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck**

Für den Patienten: Nicht zutreffendes bitte streichen:

1. **Übermittlung an Dentallabor**      Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.  
**Gilt nicht wenn ein Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung vorliegt**
2. **Recall-System**      Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch
3. **Praxisinformationen**      Flyer mit Informationen über Praxisangebote
- 4.

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).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in