



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name _____ Vorname _____

Straße · Hausnummer _____ PLZ · Wohnort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

E-Mail _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen anbieten, Sie über anstehende Termine sowie Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxetermine zu informieren. Ist dieser Service Ihrerseits gewünscht, benötigen wir hierzu Ihre Unterschrift. Auch benötigen wir diese, insofern Sie unseren Service nutzen möchten, postalisch bzw. per E-Mail separate Informationen zu unserer Praxis und zu besonderen Aktionen zu erhalten.

Mit dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten kommen wir den Erfordernissen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nach, denn der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig.

Sollten Sie Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte jederzeit gerne an unser Praxisteam.

Ich möchte am Recall-Service teilnehmen. Kontaktierungswunsch:

- per Post per E-Mail per SMS

Ich wünsche eine Terminerinnerung durch Doctolib. Diese erfolgt per E-Mail oder per SMS.

Ich wünsche die Übersendung von Informationen zur Praxis und zu Aktionen. Übersendungswunsch:

- per Post per E-Mail

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort · Datum

Unterschrift