



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personen-
bezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO für unser
Recall-System**

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren.

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service per Telefon, Post und E-Mail teilzunehmen.

Dafür stimme ich der Verarbeitung 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).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in