

Name	
Geburtsdatum	
Telefon	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

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

- 1. Übermittlung an Dentallabor**      Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten. Anfertigung/Weiterleitung von Patientenfotos für prothetische Arbeiten
- 2. Recall-System**                      Erinnerungsservice für den viertel-/halb- und jährlichen Zahnarztbesuch
- 3. Praxisinformationen**                Flyer mit Informationen über Praxisangebote, schriftliche/telefonische Kontaktaufnahme bei Terminänderungen
- 4. Planung**                                Übersendung von Heil- und Kostenplänen
- 5. Abrechnung**                          Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen bzw. Ihnen als Privatpatienten
- 6. Konsultation mit anderen Ärzten/Zahnärzten**  
  
Zur Diagnostik bzw. Therapie nach erfolgter Schweigepflichtsentbindung
- 7. Terminvereinbarung bei Überweisungen**

**durch die Zahnarztpraxis Julia Gärtner zu.**

Nicht zutreffendes bitte streichen

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).

„Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.“

In der Praxis ausgelegte Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und ein Exemplar für meine Unterlagen erhalten.

Radeberg, den .....

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