



Zahnarztpraxis

Dr. Tanja Rouenhoff

Stechbahn 70

47533 Kleve

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach den neuen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§73 Abs. 1b SGB) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGV-O) benötigen wir Ihr Einverständnis für:

Teilweise Aufhebung der Schweigepflicht:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Rouenhoff mit anderen Zahnärzten / Ärzten / Therapeuten Kontakt aufnimmt und mit Ihnen Informationen über meine Gesundheitsdaten / Erkrankungen und Medikamente austauscht.

ja nein

Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Zahnarzt / meine Zahnärztin mir auch per E-Mail Informationen zu meiner Behandlung schickt.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Zahnärztin zwecks Recall, einer Terminerinnerung oder Terminänderung per E-Mail / SMS Kontakt mit mir aufnimmt.

ja nein

Informationspflicht:

Über meine Rechte als Betroffener der Verarbeitung meiner Daten durch die Praxis bin ich informiert worden.

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Zahnarztpraxis Dr. Tanja Rouenhoff

Datum, Unterschrift