

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEMÄß ART. 6, 7 ABS. 1 LIT. A DGSVO

Anschrift

Dr. Stefan Miersch
John-F.-Kennedy-Platz 9
38100 Braunschweig

Tel. / Fax

0531- 4 61 35
0531- 1 38 93

Internet / E-Mail

www.dr-miersch.de
info@dr-miersch.de

Hiermit stimme ich der Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten für den Zweck der kieferorthopädischen Behandlung von

Patient/in:

Name:	Geb.:
Adresse:	
Tel. ggf. Mobil:	

durch die Praxis und der zur Terminerinnerung versendeten SMS auf mein Mobiltelefon zu. Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich im Aushang (Anmeldung, Garderobe, Wartezimmer) oder per Post zur Kenntnis genommen.

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 _____

Erziehungsberechtigte bzw. Patient/in