

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art.6 Abs.1 lit. a, Art 7DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge , der Abrechnung gegenüber der KZV Hessen oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Ja

Nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO)

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

Datum / Unterschrift Patient

Liebe Patientin, lieber Patient,

dies ist eine Bestellpraxis. Es bedeutet, Termine die Sie erhalten, werden exklusiv nur für Sie frei gehalten.

Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie diesen **48 Std.** vorher telefonisch abzusagen, damit noch die Möglichkeit besteht, Ersatzpatienten einzubestellen.

Sollte dies leider nicht der Fall sein, wird Ihnen ein Ausfallhonorar von 50€/Std. in Rechnung gestellt.

Zur Kenntnis genommen;

Datum, Ort

Patient

Dr. Marianne Skroch