ZAHNZENTRUM OBERTSHAUSEN
Dr. med. dent. Matthias Höch
ZAHNÄRZTE FÜR ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE UND PROTHETIK MIT DEM PRAXISSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Name, Vorname: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.
Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.
Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen

_____
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter Ort/Datum: Obertshausen, _____

Recall & Terminerinnerung

Bitte ankreuzen:

- ☐ Einwilligung zum **Recall-System per**
  - SMS
  - E-Mail

und

- ☐ Einwilligung zur **Terminerinnerung per SMS**

- ☐ Ich erteile nicht die Einwilligung!

Ich erteile die Einwilligung und wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese jederzeit wiederrufen kann.

Handynummer:

E-Mail:

_____
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter Ort/Datum: Obertshausen, _____