

# UNSER SERVICE FÜR SIE

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxetermine zu informieren. Ist dieser Service Ihrerseits gewünscht, benötigen wir hierzu Ihre Unterschrift. Auch benötigen wir diese, insofern Sie unseren Service nutzen möchten, postalisch bzw. per E-Mail separate Informationen zu unserer Praxis und zu besonderen Aktionen zu erhalten.

Mit dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten kommen wir den Erfordernissen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nach, denn der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig.

Sollten Sie Rückfragen haben, wenden Sie sich bitte jederzeit gerne an unser Praxisteam.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

\_\_\_\_\_  
Name | Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße | Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl | Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ich möchte am Recall-Service teilnehmen.

Kontaktierungswunsch:  per Post  per E-Mail  per SMS

Ich wünsche eine Terminerinnerung.

Kontaktierungswunsch:  per Post  per E-Mail  per Anruf

Ich wünsche die Übersendung von Informationen zur Praxis und Aktionen.

Übersendungswunsch:  per Post  per E-Mail

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis HORNJAK ZAHNMEDIZIN IM ROSENSTEINVIERTEL