

Zahnarztpraxis
Homeira Khafi – Krumwiede
& Kollegen

Buchenring 5 & Zu den Führen 5
31634 Steimbke



**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.**

Patient/in:

| | |
|-------------|--|
| Name: | |
| Adresse: | |
| geboren am: | |

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*der zahnärztlichen Behandlung, der dafür nötigen Anträge, des Genehmigungsverfahrens und
derer Abrechnung*

durch die Praxis zu.

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).

Steimbke, den

Unterschrift Patient/in