

Zahnarztpraxis
Homeira Khafi – Krumwiede
& Kollegen

Buchenring 5 & Zu den Fuhren 5
31634 Steimbke



Erziehungsberechtigter bei minderjährigen Patienten:

Name:	
Adresse:	
geboren am:	

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

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten meines/er Kindes/er

für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung, der dafür nötigen Anträge,
Genehmigungsverfahren und derer Abrechnung

durch die Praxis zu.

Einwilligungserklärung für die Behandlung von minderjährigen Patienten durch den
Erziehungsberechtigten.

**Hiermit gebe ich meine Einwilligung dazu, dass alle zahnärztlich notwendigen Behandlungen
und Röntgenaufnahmen bei meinem/n Kinder/ern durchgeführt werden dürfen.**

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).

	Name	Adresse	geboren am:
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			
Kind 4			
Kind 5			

Steimbke, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter