|  |
| --- |
| **Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO |

**Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der:**

1. Verarbeitung meiner Daten zur Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge

2. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zur Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben, sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflichten durch die Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientenakten durch ordnungsgemäße Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung

3. Verarbeitung meiner Personen- u. Gesundheitsdaten zur Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privatzahnärztlichen Versorgung

4. Verarbeitung meiner Personen- u. Gesundheitsdaten zur Durchsetzung des eigenen Honoraranspruchs für die erbrachten Gesundheitsleistungen u. gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privatzahnärztlichen Versorgung

5. Weitersendung von Unterlagen und Röntgenbildern an weiterbehandelnde Zahnärzte/Ärzte oder die Krankenkasse

6. Ich stimme zur Erinnerung **(Recall-Service)** an meinen jährlichen Zahnarztbesuchper **Brief** , **Tel.** , oder **E-Mail**  (bitte ankreuzen,) **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)

Gießen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_