

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

Dr. Daryusch Hoveida
Zahnarzt
Am Berge 34, 21335 Lüneburg
Tel.: 04131-31528

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefonnr.	

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift