

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

Zahnarztpraxis Dr. C.Meier-Jahn &  
Dr.U.Jahn &  
Liebermannstr.11a  
  
39108 Magdeburg

**Patient/in:**

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen-Anhalt oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

*ja* \_\_\_\_

*nein* \_\_\_\_

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).

Magdeburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in