

Einwilligungserklärung in Datenverarbeitung per E-Mail / SMS / Telefon / Telefax Kommunikation

von Frau/Herrn Patient _____ geb. _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis

Zahnärztehaus Rot

Dr Kleinknecht & Kollegen

Haldenrainstraße 66

70437 Stuttgart

Verantwortlicher Datenschutzbeauftragter: Frau Schafflhuber

Bitte nicht gewünschte(r) Kommunikationsweg(e) ankreuzen:

E-Mail

Meine Daten und Patienteninformationen per E-Mail in unverschlüsselter Weise also auch unsicher, übertragen darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags

SMS

Die Kontaktaufnahme erfolgt zur Vergabe, Absage, Verschiebung oder Erinnerung von Terminen. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Kommunikation über SMS zwar im Namen der Praxis erfolgt, jedoch von einem externen Dienstleister erbracht wird. Zu diesem Zweck ist die Praxis berechtigt, an den externen Dienstleister meine Handy-Nummer weiter zu reichen.

Telefon

Meine Daten und Patienteninformationen per Telefon kommuniziert werden darf, und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags

Telefax

Meine Daten und Patienteninformationen per Telefax in unverschlüsselter Weise also auch unsicher, übertragen darf, und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		QM-Beauftragte/r		Praxisinhaber/in	Versions-Nr.:
Erstellt von:	Schafflhuber	Aktualisiert von:	Carbone	Geprüft von:	Carbone	Freigegeben von:	Praxis-Leitung	02
Datum:	25.11.2021	Datum:	28.06.2023	Datum:	28.06.2023	Datum:	28.06.2023	1

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. Die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Zahnärztehaus Rot

Dr Kleinknecht & Kollegen
Haldenrainstraße 66
70437 Stuttgart

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		QM-Beauftragte/r		Praxisinhaber/in	Versions-Nr.:
Erstellt von:	Schaffelhuber	Aktualisiert von:	Carbone	Geprüft von:	Carbone	Freigegeben von:	Praxis-Leitung	02
Datum:	25.11.2021	Datum:	28.06.2023	Datum:	28.06.2023	Datum:	28.06.2023	2