

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

Praxisstempel

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon / E-Mail



Kai Flügge

Zahnarzt

Wurpstraße 29

26931 Elsfleth

Tel. 0 44 04 / 97 03 33

Fax 0 44 04 / 97 03 30

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Erinnerung und nach den aktiven Behandlungsphasen bieten wir unseren Patienten einen speziellen Service zum Recall / und zur Nachsorge an. Denn Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall Terminen zwei bis sechs Monate betragen, Dies gilt insbesondere für die Bereiche

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorge-Untersuchung (wichtig für Zahnersatz Bonus) | <input type="checkbox"/> Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Zahnerhaltung | <input type="checkbox"/> Parodontose-Therapie |
| <input type="checkbox"/> Wurzelfüllungskontrolle | <input type="checkbox"/> _____ |

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres Recall-Service an Untersuchungen und / oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einem Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für diesen Zweck 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)

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen Telefonisch oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger
bzw. Gesetzlicher Vertreter