

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen die verschiedenen Service-Angebote unserer Praxis anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese sind im einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig.

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon-/Handynummer: _____

dass ich damit einverstanden bin, dass die Zahnarztpraxis Dr. Bomas meine Daten für unten genannte Zwecke verwenden darf.

- Einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen („Recall“), sowie für den Jahresrecall, der zu Einsparungen beim Zahnersatz führen kann
- Erinnerungen an einen vereinbarten Termin z.B. per Postkarte, Mail, SMS oder Telefon
- Zusendung von Informationsschreiben
- Praxisbedingte Terminänderungen

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt, nur mit Wirkung für die Zukunft, jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig und nur gültig, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Wilhelm Bomas, ZÄ Kathrin Bomas, ZÄ Bettina Bomas und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift