



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

für einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung verarbeiten wir personenbezogene Daten, beispielsweise, um Zahnersatz anzufertigen oder Ihren Hausarzt bei therapierelevanten Rückfragen zu konsultieren. Aufgrund der aktuellen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist es notwendig, über die zweckgebundene Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten laut Art.6 DSGVO aufzuklären und hierfür Ihre schriftliche Einwilligung einzuholen.

Ihre Daten werden nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentations- und Archivierungspflichten gelöscht.

Für Rückfragen können Sie sich jederzeit an den behandelnden Arzt (Datenschutzverantwortlicher) wenden oder uns telefonisch (0 37 41 – 22 35 69) oder per E-Mail ([hradschin@zahnweisheiten.de](mailto:hradschin@zahnweisheiten.de)) kontaktieren. Darüber hinaus können Sie die Datenschutzzinformationen unserer Praxis an der Anmeldung einsehen.

Laut Art. 77 DSGVO nimmt die Aufsichtsbehörde des sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten datenschutzrechtliche Beanstandungen entgegen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Vorbehaltlich Ihres Widerrufs ist diese Einwilligung fortwährend gültig.

Bei minderjährigen Patienten ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.

-----  
**Name:** \_\_\_\_\_ **Patienten-Nr.:** \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass meine, jeweils relevanten, personenbezogenen Daten

- für die Herstellung von Zahnersatz an die praxisinterne Zahntechnik, bzw. an externe Dentallabore übermittelt werden.
- für therapierelevante Rückfragen bei meinen Ärzten (z. B. Hausarzt) bzw. nichtärztlichen Leistungserbringern (z. B. Physiotherapie) verwendet werden.
- für meine namentliche Nennung im Wartezimmer verwendet werden.
- für die optionale Abholung von Rezepten o. a. Heil- und Hilfsmitteln durch Angehörige genutzt werden.
- im Falle eines Zahlungsverzuges an die Firma RICHTER Mahn- und Inkassodienst Chemnitz GmbH & Co.KG übergeben werden.

---

Datum	Unterschrift Arzt (Datenschutzverantwortlicher)	Unterschrift Patient (bei minderjährigen Patienten Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)
-------	--	---