

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch oder zur professionellen Zahnreinigung?

Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient / in:**

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen und per Brief oder Postkarte informiert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung 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 wird / Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_