

Praxis für Zahnheilkunde – A.M. Zafari & R. Farzanehnia, Kreuslerstr. 10, 20095 Hamburg

**Patienteninformation zu Datenschutz**

**Schriftliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Für jede über die gesetzlich zulässigen Fälle hinausgehende Verarbeitung von personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Daten bedarf es regelmäßig die Einwilligung des Patienten.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Ihre jeweilige Einwilligung können Sie nachstehend freiwillig erteilen.

Sie haben das Recht, Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

* Ich willige ein, dass mir die Zahnarztpraxis CITYMEDent per Post/E-Mail Kostenvoranschläge, Rechnungen und Korrespondenz mit Krankenkassen übersenden.
* Ich willige ein, dass mir die Zahnarztpraxis CITYMEDent per E-Mail, Telefon, Fax, SMS Erinnerungen/ Terminbestätigungen zu weiteren Behandlungen/ Terminen übersenden.
* Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis CITYMEDent meine Daten, inkl. ggf. Röntgenbilder an Dritte, wie z.B. andere mit meiner Behandlung befasste oder zu befassende Ärzte/Therapeuten, Dentallabore, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, privatärztliche Verrechnungsstellen oder sonstige Abrechnungsgesellschaften zu weiteren Verarbeitung oder Behandlung übersenden

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter