

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

Zentrum für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

Prof. Dr. Dr. Kokemüller
Dr. Dr. Engelke (ang.)
Peiner Straße 2

30519 Hannover

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung und Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Behandlungsdokumentation, Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen, Befundkommunikation mit behandelnden Ärzten und Zahnärzten, Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen

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).

Hannover, den

Patient/in