



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit.a DSGVO

**Patient/in Name:**

**Adresse:**

**Name des Erziehungsberechtigten:**

(bei minderjährigen Patienten)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- aller erforderlichen Maßnahmen / Tätigkeiten im Rahmen einer kieferorthopädischen Beratung und ggf. sich anschließenden Behandlung –

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit in schriftlicher Form 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).

-----, den -----

-----  
Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen