

## Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dres. Lührenberg

von  
Herr / Frau .....  
Vorname, Nachname

wohnhaft in .....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Ort

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-mail-Adresse, Behandlungsakte) durch die Praxis zu. Diese Daten werden auf dem Server der Praxis gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers.

Ich stimme der Weitergabe meines Namens im Falle einer notwendig werdenden zahntechnischen Arbeit an das Dentallabor zu.

Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten für das Praxis-Recall-System (Erinnerung an Termine, per Post/telefonisch/e-mail) zu:  
JA / NEIN (nicht Zutreffendes bitte streichen)

### Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen.

### Übermittlung der Behandlungsunterlagen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Zahnarztpraxis Dres. Lührenberg Einsicht in die Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde im Rahmen der Praxisübernahme der Praxis für ZahnMedizin Professor Pröbster nehmen dürfen und diese fortsetzen.

### Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unsere Praxis jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung der genannten Daten angewiesen und gesetzlich verpflichtet ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme unserer Praxis ausschließen.

### Kontakt

Beschwerden, Auskunftsfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten: *Dres. Lührenberg, Aukammallee 39, 65191 Wiesbaden.*

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch die Zahnarztpraxis Dres. Lührenberg zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift