

Zahnarztpraxis
Homeira Khafi – Krumwiede
& Kollegen

Buchenring 5 & Zu den Führen 5
31634 Steimbke



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

Erziehungsberechtigter bei minderjährigen Patienten:

Name:	
Adresse:	
geboren am:	

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten meines/er Kindes/er für den Zweck

der zahnärztlichen Behandlung, der dafür nötigen Anträge, Genehmigungsverfahren und derer Abrechnung

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).

	Name	Adresse	geboren am:
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			
Kind 4			
Kind 5			

Steimbke, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter