

Datenschutzrechtliche Erklärung

Ich als Praxisinhaberin respektiere die Privatsphäre jedes Patienten. Alle von Ihnen hier freiwillig zur Verfügung gestellten persönlichen Daten werden ausschließlich dazu genutzt, um Ihre Terminabsprachen/Änderungen und Terminerinnerungen zu erfüllen, sowie für die Rechnungstellung genutzt.

Sie haben auch das Recht zu erfahren, welche persönlichen Daten über Sie gespeichert bzw. in Ihrer Kartei stehen. Sofern erforderlich, können Sie Korrekturen veranlassen, der weiteren Verwendung der Information widersprechen oder Daten ggf. löschen lassen. Ich möchte Sie gerne zufrieden stellen und Ihre persönlichen Wünsche bei den weiteren Praxisbesuchen berücksichtigen. Wenn Sie von den oben genannten Rechten Gebrauch machen wollen, wenden Sie sich bitte an mich.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Mit der Bekanntgabe meiner personenbezogenen Daten erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten bis auf Widerruf von mir, der oben genannten Praxisinhaberin zum Zwecke meiner Beratung, Betreuung, Angebote und Dienstleistungen genutzt und verarbeitet werden dürfen. Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und bezieht sich ausdrücklich auf folgende Kontaktarten:

Kontaktarten	Ja	Nein	Ihre Kontaktdaten
Postalisch	☐	☐	
Telefon (Festnetz)	☐	☐	_____
Telefon (Mobil, WhatsApp)	☐	☐	_____
Email	☐	☐	_____

Die Einwilligungserklärung kann jederzeit durch eine entsprechende Mitteilung an mich, die oben genannte Praxisadresse geändert bzw. widerrufen werden. Die personenbezogenen Informationen werden entsprechend den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz behandelt.

Vollständiger Vor- und Nachname des Patienten (DRUCKBUCHSTABEN)

Straße, Hausnummer und PLZ/Wohnort (DRUCKBUCHSTABEN)

Ort, Datum, Patientenunterschrift