

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten und die meines Kindes _____ auch zum Zwecke der Kommunikation mit Dritten, **im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung** in der Praxis Dr. Maximilian Diemer nach der **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** gespeichert, verarbeitet und weitergegeben werden können.

Weiterhin willige ich ein, dass die Daten per E-Mail beziehungsweise per Telefon an aufgeführte Dritte weitergegeben werden dürfen:

- Zahntechnisches Labor
- Abrechnungs-Dienstleister (ggf. eigene Einwilligungserklärung)

Die Erklärung erfolgt freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden. Daneben kann ich Auskunft über Verwendung meiner Daten erhalten.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an Fremdpraxen (Zahnarzt, Kieferchirurg, Hausarzt) sowie die Weitergabe von Abrechnungsdaten an Ihre Krankenkasse ist bereits anderweitig gesetzlich geregelt.

Ort, Datum

Unterschrift