



Übernahme Ihrer Daten aus der Zahnarztpraxis Dr. Hermann Brunner

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie waren Patient in der Zahnarztpraxis von Dr. Hermann Brunner. Gerne würden wir die für Ihre Behandlung relevanten personenbezogenen Daten aus der Patientenakte von Dr. Hermann Brunner in unsere neue Patientenakte übernehmen. Die entsprechenden Informationen dienen dazu die Behandlung, sofern Sie eine benötigen, zu vereinfachen. Wenn Sie damit einverstanden sind darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ich bin bereit meine Daten aus meiner ehemaligen Patientenakte übernehmen zu lassen. Zu diesem Zweck stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Dr. Höllein 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).

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters