



Zahnarztpraxis
Dr. Jens Rosenlöcher

Brüderstr. 42
13595 Berlin
030/ 331 74 24
www.dr-rosenloecher.de

Zustimmung zur Vorsorgeerinnerung (Recall) per Post

Liebe Patient:innen,

hiermit stimme ich zu, dass wir Sie an die zahnärztliche Behandlung **per Post** erinnern dürfen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist auch 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).

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Adresse geändert hat.

Patient:

Name

Vorname

Anschrift

Straße

PLZ

Ort

Ich bin mit dem oben genannten Service einverstanden

Berlin, den _____

Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Angaben