Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung zur Terminerinnerung

SCHUMANN & ROLFSEN
ORALCHIRURGINNEN

Patient/in:

Name: Vorname:
Straße: PLZ, Ort:

Sehr geehrte/r Patient/in,
wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen einer kieferchirurgischen oder sonstige Behandlung nur, wenn und soweit dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrags erforderlich oder sonst wie gesetzlich gestattet ist. Dies kann, je nach Einzelfall, z.B. die folgenden Vorgänge umfassen:

- **Versendung von Arztbriefen an den Hauszahnarzt, von Röntgenbildern an den Weiter- oder**
- **Mitbehandler**
- **Überweisungen und Verschickung von histologischem Untersuchungsmaterial ins Labor nebst Übermittlung von Patientendaten**
- **telefonische Terminänderungen oder Terminbestätigungen**
- **telefonische Nachfrage zum Gesundheitszustand nach einer Operation**
- **Rücksprachen über den Behandlungsablauf mit Ihrem Hauszahnarzt / Hausarzt**
- **Entbindung der Schweigepflicht gegenüber weiter- und mitbehandelnden Ärzten**
- **Übermittlung von Patienteninformationen an ein zahntechnisches Labor**

Weitere Informationen hierzu können Sie unseren ausführlichen Datenschutzinformationen entnehmen, die an der Information erhältlich sind.

Pflichtfeld, bitte bestätigen:	
Die *Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen*	
Bremen, den	**Unterschrift:**

Terminerinnerung:

Wir verwenden daneben die Terminvergabesoftware **Doctolib**, über die unter anderem Terminerinnerungen per E-Mail oder SMS versendet werden können. Der Anbieter von Doctolib ist als Auftragsverarbeiter mit uns vertraglich verbunden und untersteht damit unseren Weisungen bei Verarbeitung personenbezogener Daten. Eine Weitergabe an Dritte oder eine Verarbeitung zu anderen Zwecken als der Terminvergabe oder -Erinnerung erfolgt nicht. Um diesen Erinnerungsservice nutzen zu können, müssen Sie uns Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung hierzu erteilen.

Optional, wenn gewünscht bitte bestätigen:
Ich willige *in eine Verarbeitung meines Namens sowie meiner oben angegebenen Kontaktinformationen zum Zwecke der Terminerinnerung durch Doctolib ein.*

Handy Nummer:	**E-Mail:**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einwilligung 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).

Bremen den, **Unterschrift:**