

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)



**Patient/in:**

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO zu.

**Unser Recall-System**

Sofern Sie auf unserem Anamnesebogen den Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch mit „Ja“ angekreuzt haben, bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (aktuell schriftlich per Postkarte, zukünftig per E-Mail) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Mir ist bewusst, 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).

**Videoüberwachung Eingangsbereich der Bahnstrasse 55**

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Videoüberwachung des Eingangsbereichs der Zahnarztpraxis in der Bahnstrasse 55, 52399 Merzenich durch die Praxis zu. Die Daten werden für 24 Stunden gespeichert und anschließend automatisch gelöscht.

Personenbezogene Daten sind hierbei alle Daten, mit denen Sie persönlich identifiziert werden können. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist: Zahnmedizin Merzenich Dr. Amir Edalatpour Bahnstrasse 55, 52399 Merzenich Telefon: 02421/ 889 20 50, E-Mail: [info@zahnmedizin-merzenich.de](mailto:info@zahnmedizin-merzenich.de)

Zuständige Aufsichtsbehörde:  
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38424-0  
Fax: 0211 38424-10  
E-Mail: [poststelle@di.nrw.de](mailto:poststelle@di.nrw.de)

Merzenich, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_