

## Einwilligungserklärung in Datenverarbeitung per E-Mail / Telefon / Telefax

Hiermit erkläre ich

---

(Patientenname und Adresse)

mich damit einverstanden, dass die

Zahnärzte und Implantatzentrum MVZ GmbH

- o meine Daten und Patienteninformationen per E-Mail in unverschlüsselter Weise also auch unsicher, übertragen darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags. Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrags
- o meine Daten und Patienteninformationen per Telefon kommuniziert werden dürfen und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags. Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrags
- o meine Daten und Patienteninformationen per Telefax in unverschlüsselter Weise also auch unsicher, übertragen darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags. Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrags.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person, unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an: [info@masur-implantatzentrum.de](mailto:info@masur-implantatzentrum.de).

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Bad Wörishofen, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

ZAHNÄRZTE UND IMPLANTATZENTRUM MVZ GmbH  
Herrmann-Aust-Straße 1 . 86825 Bad Wörishofen

Standorte  
Bad Wörishofen, Unterschleissheim, Weingarten

Sitz der Gesellschaft: Bad Wörishofen  
Registergericht: Amtsgericht Memmingen  
HRB 17334  
Geschäftsführer: Alexander Schlittmeier