



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENÜBERMITTLUNG

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten zur Datenübermittlung zwischen den zahntechnischen Laboren und sonstigen Einrichtungen, die wir für Ihre Behandlung hinzuziehen, genutzt werden dürfen.

Wenn Sie in unser Erinnerungsprogramm für die Prophylaxe aufgenommen werden möchten, kreuzen Sie bitte an, auf welche Art und Weise.

- Per Postkarte  
 per E-Mail

Ich bin mir datenschutzrechtlich bewusst, dass es bei einem Datentransfer per E-Mail keine Sicherheit vor Missbrauch meiner Daten gegenüber Dritten gibt.

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

Mir ist bekannt, dass mein Widerruf, die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Berlin,**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift