

**Einwilligungserklärung zur Datennutzung**  
**(Art. 6 Abs. 1 Satz 1a i.V.m. Art. 7 DSGVO)**

Zahnärztin Dr. Senay Tomruk, Stormstr. 1, 47226 Duisburg

**Patient/ -in (bitte in Druckschrift ausfüllen)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe das „Informationsblatt zum Datenschutz in der Zahnarztpraxis“ gelesen und verstanden. (Aushang Praxis, [www.info-zahnarztpraxis-tomruk.de](http://www.info-zahnarztpraxis-tomruk.de))

Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein, dass meine zahnärztliche Praxis Dr. Senay Tomruk (verantwortlich: Dr. Senay Tomruk) meine bei der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geb.datum, Telefonnummer, email), zum Zwecke der Durchführung eines zahnärztlichen Behandlungsvertrages auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhebt.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten und Röntgenbilder) soweit erforderlich und notwendig im Rahmen zahnärztlicher Überweisungen an andere Praxen (z. B Kieferorthopäde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, Zahnkliniken und andere ärztliche Praxen) übermittelt werden dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Tomruk insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen. Zudem auch an zahntechnische Laboratorien Ich entbinde die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Tomruk insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass mich die zahnärztliche Praxis Dr. Senay Tomruk telefonisch über Behandlungsabläufe und Terminplanung informiert.

Ich willige ein, dass die zahnärztliche Praxis Dr. Senay Tomruk mich per mail oder postalisch an meine nächste Vorsorgeuntersuchung (Recall) erinnert.

Sie können ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die oben erteilte(n) Einwilligung(en) mit Wirkung für die Zukunft schriftlich (per Post oder email) widerrufen (Art. 7, Abs. 3, Satz 1, DSGVO)

Datum

Unterschrift des Patienten/-in