

**Patient/in:**

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Mir ist die Möglichkeit gegeben worden, die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Sylvia Hille de Barros und Robert Martin zu lesen.

**Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der:**

- **Übermittlung an Dentallabore**      Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.  
*(Gilt nicht wenn ein Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung vorliegt)*
  
- **ggfs. Recall-System**              Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch bzw. Zahnreinigung
  
- **Übermittlung an die Cardproject Gesellschaft für elektronische Zahlungssysteme mbH, Nickerner Weg 5, 01257 Dresden** (gilt nur im Falle der bargeldlosen Kartenzahlung)

**durch die Praxis zu.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, 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).

,den

---

Patient/in