



Herr/Frau

Geb. Datum

Straße

PLZ / Ort

stimmt der Speicherung, seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch
die Praxis dr. med. dent. Michael Bobos zu.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können u.a. andere Ärzte, kassenzahnärztliche
Vereinigungen, Kommunikation mit Krankenkassen (Entbindungen der Schweigepflicht),
Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammer, private Verrechnungsstellen,
Abrechnungsgesellschaften sein.

Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus.

Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch
E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Datum

Unterschrift

(Unterschrift Patient bzw. Betreuer oder Erziehungsberechtigter)