

Praxis Dr. Stefan Mauß  
Zahnarzt  
Celler Straße 64  
30161 Hannover  
Tel.: 0511-313658  
Mail: [maussdta@web.de](mailto:maussdta@web.de)  
[www.praxis-dr-mauss.de](http://www.praxis-dr-mauss.de)

**Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**  
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 6, Art. 7 DSGVO

Patient/in:

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Niedersachsen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Ja

Nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

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

-----  
Datum, Unterschrift Patient