

Name/Vorname: _____

Betreff: Patienteninformation und Einverständniserklärung für das Recall

Sehr geehrte Damen und Herren,
nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Recall Service an.

Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres Recall Service an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung:

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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). Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten