



## RECALL / ERINNERUNGSSERVICE

Liebe Patientin, lieber Patient!

(Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_.)

Sie haben Interesse an unserem RECALL / ERINNERUNGSSERVICE oder nehmen daran bereits teil. Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich, Dr. Ralf Voßler oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, bzw. mein Kind, meine Kinder sind bereit, an Ihrem RECALL-SERVICE teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung unserer 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).

Ich möchte an meine Kontrolluntersuchung  halbjährlich  jährlich  erinnert werden.

Ich möchte an meinen Zahnreinigungstermin (PZR)  halbjährlich  jährlich  erinnert werden.

NAME, VORNAME meines Kindes/Kinder: \_\_\_\_\_

Ich möchte an die Kontrolluntersuchung meines o.g. Kindes bzw. Kinder  halbjährlich  jährlich  erinnert werden.

Ich möchte an die Individualprophylaxe (IP) meines o.g. Kindes bzw. Kinder  halbjährlich  jährlich  erinnert werden.

Bitte benachrichtigen Sie mich:  per Brief  per Mail  oder per Telefon   
und zusätzlich kurz vor dem Termin ebenso  per Mail  oder per Telefon

Bitte ankreuzen, wenn gewünscht!

Meine aktuelle Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Meine aktuelle E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Northeim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(bei Kindern die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)