



**Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns**

Patientenberatung

**Einwilligungserklärung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a Datenschutz-
Grundverordnung (DSGVO)**

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis damit, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) die personenbezogenen Daten, insb. auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) des Unterzeichners, für den Zweck der individuellen Patientenberatung verarbeiten darf.

Der Unterzeichner hat die Informationen gemäß Art. 13 DSGVO unter <https://www.kzvb.de/service/datenschutzhinweise> zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Wird sie nicht erteilt, kann eine individuelle Patientenberatung nicht durchgeführt werden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte achten Sie bei Versendung Ihrer Daten darauf, einen sicheren Übermittlungsweg zu wählen.