

Datenschutzverordnung

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Hiermit erkläre ich mich mit den Datenschutzleitlinien gemäß DSGVO der o.g. Praxis einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die Kommunikation per Email nicht über einen VPN Kanal erfolgt.

Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung meiner Daten an die notwendigen Kooperationspartner, wie z. B. das Labor Tourneau, Labor Blümel, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden oder Kieferchirurgen einverstanden.

Datum, Unterschrift

