

# Einverständniserklärung

Patientennummer: \_\_\_\_\_



Zahnarztpraxis  
**Dr. Carsten J. Becker**

Zahnarzt  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Warburger Straße 25  
33098 Paderborn

Tel.: 05251 – 25555  
Fax: 05251 – 282393

E-Mail: [info@becker-zahnarzt.de](mailto:info@becker-zahnarzt.de)  
[www.becker-zahnarzt.de](http://www.becker-zahnarzt.de)

Die Informationen zum Datenschutz in der Zahnarztpraxis Dr. Carsten J. Becker, Warburger Straße 25 in 33098 Paderborn habe ich vorgelegt bekommen und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, daß ohne die Erfassung meiner Daten keine Behandlung stattfinden kann – ausgenommen Schmerzbehandlungen und Notfälle.

- Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten gemäß dem aktuellen Datenschutz einverstanden.
- Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten gemäß dem aktuellen Datenschutz **nicht** einverstanden.
- Eine Kopie der Informationen wurde mir angeboten, aber von mir nicht gewünscht.
- Ich habe eine Kopie der Informationen über Datenschutz erhalten.

Paderborn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Patient/in*  
*Erziehungsberechtigte/r*