

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung und Information zum Datenschutz

Bitte nehmen Sie die Hinweise zur Schweigepflicht und zum Datenschutz zur Kenntnis.

Ich bin mit der Weiterleitung meiner **Beschwerde** an den Beschwerdegegner

Herrn ZA / Frau ZAIN _____ einverstanden.
(Bitte ankreuzen)

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich den/die oben genannte/n Zahnarzt/Zahnärztin für das Verfahren gegenüber der Zahnärztekammer Hamburg von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Einverständnis zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnärztekammer Hamburg im Rahmen des vorgenannten Verfahrens, neben den von mir bereitgestellten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, derartige Daten, die zur Bearbeitung meiner Eingabe von dem Zahnarzt/der Zahnärztin an die Zahnärztekammer Hamburg übersandt werden, erhebt und verarbeitet.

Widerruf meiner Einverständniserklärung

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft gegenüber der Zahnärztekammer Hamburg formlos widerrufen werden. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über die Daten sowie darauf, dass diese berichtigt, eingeschränkt oder gelöscht werden. Die Zahnärztekammer speichert Ihre Einwilligung nach den gesetzlichen Vorgaben.

Ort, Datum

Unterschrift