



DENTOSOPHIEZENTRUM

*Franka Meuter*

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Art. 7 DSGVO.

Lieber Patient/in, liebe Eltern,

sicher sind auch Sie begeistert von der Behandlungsmethode mit dem Balancer (Dentosophie).  
Das Konzept verbreitet sich in Deutschland immer mehr und wir stehen ständig mit anderen  
Kollegen und Co-Therapeuten in fachlichem Austausch.

Zu diesem Zweck (fachlicher Austausch unter Kollegen) möchten wir Sie bitten, Ihre Fotos / die  
Fotos Ihres Kindes zu verwenden.

So können auch andere Patienten / Kinder davon profitieren.

Ich willige ein, dass zu dem oben genannten Zweck Fotos von Mund und Gesicht von mir / meinem  
Kind inkl. Alter verwendet wird. Namen und Geburtsdatum werden nicht genannt.

Mir ist bekannt, dass diese Informationen weltweit über das Internet zugänglich sind. Sie können  
mit Suchmaschinen gefunden werden. Durch Verknüpfung mit anderen Informationen kann man  
ggf ein Profil meiner Persönlichkeit erstellen. Es ist mir auch bekannt, dass die im Internet  
aufgeführten Informationen und Fotos problemlos kopiert und weiterverbreitet werden können.

In Kenntnis des Vorgenannten stimme ich hiermit der Veröffentlichung meiner Fotos / der Fotos  
meines Kindes zum Zwecke der Weiterbildung von Kollegen 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).

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigte

\*im Fall, dass nur ein Elternteil unterschreibt, gehen wir vom Einverständnis des anderen Elternteils  
aus.