



DIE ZAHNARZTPRAXIS FÜR KIDS & TEENS

Dr. Nina Zeitler M.Sc. M.Sc.  
Zahnärztin  
Hofmannstraße 32  
91052 Erlangen

---

---

---

## Widerrufserklärung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten laut Art. 7 DS-GVO

Sehr geehrte Frau Dr. Zeitler,

im Rahmen des Art. 7 DS-GVO nehme ich von meinem Recht gebraucht, meine folgenden angekreuzten, geleisteten Einwilligungen meiner Daten bzw. der Daten meines Sohnes/ meiner Tochter (Name(n), Vorname(n))

---

ohne eine Angabe von Gründen zum Zeitpunkt des untenstehenden Datums zu widerrufen:

- Weitergabe der Daten an benannte [Angehörige/Personen](#)
- [Recall-System](#) / Erinnerung an halbj. Kontrolltermine
- [Übermittlung](#) der Daten an [weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte](#)
- [Anforderung](#) der Daten von [weiter- bzw. mitbehandelnden Ärzten](#)

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieser Widerrufserklärung schriftlich,

- als E-Mail an \_\_\_\_\_
- oder per Post an

---

---

---

und teilen Sie mir auch mit, zu welchem Zeitpunkt dieser Widerruf in Kraft tritt.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum/Unterschrift