

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse, Geburtsdatum- und ort, Kontaktdaten, Versicherungsstatus und falls erforderlich Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn es aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein.

Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum : _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter/amtlicher Betreuer: _____