

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch unsere Praxis



Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten/müssen wir aus organisatorischen Gründen Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass, bzw. mit welchen Verarbeitungen, Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das, für den jeweiligen Zweck, Erforderliche beschränkt. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

ZAHNARZTPRAXIS
Christine Müller

Königsberger Str. 7
57482 Wenden
Tel.: 0 27 62 / 9 83 02 88

1. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen „DZR“, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die, für die Abrechnung relevanten Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten, sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt. Soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen
2. Übermittlung von Röntgen – aufnahmen und Befunden	Zu Ihrer Erleichterung wollen wir notwendige Unterlagen (Befunde und Röntgenaufnahmen) an Facharztpraxen per Mail oder Brief weiterleiten, falls Sie eine Überweisung dorthin bekommen bzw. mitbehandelnde Facharztpraxen diese anfordern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht gesamt oder einzeln durchgestrichen habe.** In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Frau Müller und das, für die jeweilige Verarbeitung, eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Name

Datum

Unterschrift