



ZAHNTEAM BILLSTEDT

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Liebe Patientin, lieber 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 und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachten Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Versicherungen oder Beihilfestellen, Behörden, Gerichte, Auskunftseien oder Abrechnungszentren und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich bin daran interessiert, per Postkarte an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden:

JA NEIN

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Die Datenschutzerklärung der Praxis ist mir bekannt und zugänglich.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter