



Kölner Straße 62
53840 Troisdorf
Tel: 0 22 41 - 76 58 3
Fax: 0 22 41 - 97 44 89 6

Patient Name:

Patient Anschrift:

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

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 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 dies 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 o. g. 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.

Datum

Unterschrift Patient/in



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten gemäß Art. 6 Abs. 1a) und Art. 7 Abs. 1 DS-GVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck

- der Verarbeitung von Daten bei Erstkontakt zur Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge,
- der Verarbeitung von Gesundheitsdaten, die für die Behandlung und die Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben notwendig sind,
- der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflichten durch Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientendateien,
- der ordnungsgemäßen Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung

durch die Praxis 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 DS-GVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf dieser Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DS-GVO).

Datum

Unterschrift Patient/in

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung im Praxis-Recall-System für die Verarbeitung personenbezogener Daten gem. Art. 6, 7 Abs. 1a DSGVO

Unsere Zahnarztpraxis bietet einen Erinnerungsservice für Termine an. Sofern Sie dies wünschen, erinnern wir Sie gerne an bereits vereinbarte Termine oder wiederkehrend an die Vereinbarung anstehender Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxemaßnahmen.

Ja, ich möchte am Recall-Service der Zahnarztpraxis teilnehmen. Der hierfür notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis (Name, Adresse, Telefon, ggf. Mobiltelefonnummer, E-Mail-Adresse) stimme ich zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Zahnarztpraxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Die jederzeitige Widerruflichkeit der Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift Patient/in