

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch 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 Ankreuzen und 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. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Mark Mazur.

**Ja, ich bin mit der Verarbeitung einverstanden.**

1. Recall

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Mail, SMS, Brief 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.

2. EINWILLIGUNG in die Datenweitergabe

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer wie andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore übermitteln zu dürfen( z.B. mittels Arztbrief, Röntgenbilder, Proben, diagnostische Zwecke) bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

3. EINWILLIGUNG in das Anfordern von Daten

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung von weiteren Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief, Röntgenbilder, Proben, diagnostische Zwecke) bedarf es Ihrer Einwilligung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, in dem Umfang, der zur Herausgabe der Daten erforderlich ist, von der Schweigepflicht.

4. Informationsschreiben

In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub. Hierfür werden Sie von uns per [z.B. Mail, SMS, Brief] angeschrieben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **soweit ich diese oben angekreuzt habe.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Mark Mazur – Praxis für Zahnheilkunde und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_