

Name Vorname Geb.datum **Einverständniserklärung zum Datenschutz gem. DSGVO und BDSG
ab dem 25.05.2018:**

Es tut uns leid, Sie mit den folgenden Erklärungen behelligen zu müssen, die unserer Ansicht nach Selbstverständlichkeiten sind, aber die o.a. Gesetze und Verordnungen machen dies leider unumgänglich. Die Vorschrift, diese Unterschrift von Ihnen einzuholen, gilt seit dem 25.05.2018, auch wenn es keine Veränderungen in Art und Umfang Ihrer Daten gibt.

1. Verarbeitung und Speicherung von Patientendaten

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke meiner sicheren medizinischen Behandlung zu.

2. Verarbeitung und Speicherung von Behandlungs-, Diagnose- und Abrechnungsdaten

Ich stimme hiermit der digitalen Speicherung meiner Karteidaten (Befunde, Diagnosen, Behandlung, Abrechnungsdaten) zu. Soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist, können bei Mitbehandlung durch andere Ärzte, Therapeuten, labormedizinische Einrichtungen, oder Dentallabore personenbezogene Daten an diese übermittelt werden. Eine nicht im Zusammenhang mit meiner unmittelbaren Behandlung stehende Übermittlung an Dritte findet nicht statt.

3. Verarbeitung und Speicherung von prothetischen Daten, Zusammenarbeit mit zahntechnischen und/oder labormedizinischen Einrichtungen

Soweit labortechnischen Maßnahmen bei Ihnen erforderlich sind oder werden, stimme ich der Übermittlung von personenbezogenen Daten wie Name, Adresse, Versicherung, Kiefermodelle, Zahnfarbe, Abdrücke, Geschlecht, Alter, Zahnstatus, Röntgenbilder, an das Labor zu. Eine nicht im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehende Übermittlung findet nicht statt.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum

Unterschrift

