



Zahnmedizin Siegburg

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Patient/in

_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
PLZ / Wohnort	Straße / Nr.

Versicherte/r

_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
PLZ / Wohnort	Straße / Nr.

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, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben oder von diesen eingeholt, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung

erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, kassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privat ZahnArztliche 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 (siehe Patienteninformation zum Datenschutz). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich heute erhalten und bin mit dem darin beschriebenen Vorgehen einverstanden.

Siegburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters