

45721 Haltern am See

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 Kieferorthopädischen Praxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, 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 Fr. Dr. Julia Becker.

1. Austausch mit
Zahnärzten/
Kieferorthopäden/
Gutachtern/ Ärzten/
Logopäden/
Physiotherapeuten

Zur Gewährleistung einer optimierten Behandlung ist die Zusammenarbeit mit Ihrem/Ihrem Hauszahnarzt/ Hauszahnärztin anderen Kieferorthopäden und Gutachtern unabdingbar.
Dies betrifft in erster Linie die Übermittlung von Röntgenbildern (OPG, FRS) und Arztbriefen.

2. Abrechnung über
externen Dienstleister
(Privatversicherte)

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen PVS Rhein Ruhr, Remscheider Str. 16, 45481 Mühlheim, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Julia Becker und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift: _____

Name des Patienten in Druckbuchstaben: _____