

Hinweise zum Datenschutz in unserer Praxis



Persönliches:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf 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 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Veitsbronn, den _____ Unterschrift _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß Art 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, das im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

1. Name / Adresse / Telefon: _____

2. Name / Adresse / Telefon: _____

Veitsbronn, den _____ Unterschrift _____

Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen

Da wir uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren möchten, haben wir uns entschieden, im Bereich der Leistungsberechnung/Abrechnung mit

Dental Consulting, Inh. Anita Göbel, Frauenbach 13, 95503 Hummeltal

zusammenzuarbeiten. Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe meiner Daten bzw. Behandlungsdaten, zum Zwecke der Leistungsberechnung/Abrechnung, an Dental Consulting, einverstanden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 BDSG als Benachrichtigung. Ich entbinde meine Behandlerin hiermit von der Schweigepflicht, dies gilt auch für zukünftige Behandlungen. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Veitsbronn, den _____ Unterschrift _____

Zustimmung zur Daten-Einsicht

Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung durch Maria Gößler in deren Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Frau Hadamuth Kunz-Lippert geführten Patientenunterlagen durch Maria Gößler stimme ich ausdrücklich zu.

Veitsbronn, den _____ Unterschrift _____