

Einwilligung zur Verarbeitung und Speicherung meiner Daten

Name _____

Geb.- Datum _____

Für die Behandlung in unserer Praxis ist es notwendig, dass wir Daten speichern und verarbeiten. Das sind z.B. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten, aber auch Befunde, Medikamente, Vorerkrankungen oder andere Informationen, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung stehen. Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Der Datenschutzbeauftragte für unsere Praxis ist Dr. Martin Münnighoff. Er stellt sicher, dass die Daten nur zum Zweck Ihrer Behandlung erhoben werden und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehandhabt werden.

Die Dauer der Speicherung entspricht den gesetzlichen Vorgaben.

Mit dieser Erklärung geben Sie gleichzeitig die Zustimmung, dass wir Daten z.B. an beteiligte Ärzte (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten), die ebenfalls der Schweigepflicht und der Datenschutzverordnung unterliegen sowie an Abrechnungsstellen (z.B. Krankenkasse, Kassenzahnärztliche Vereinigung, ggf Factoring-Unternehmen, Dentallabore, Steuerbüro) weitergeben dürfen.

Sie haben ein Recht auf Auskunft, Einschränkung, Löschung (soweit nicht durch übergeordnete Gesetze zur Aufbewahrungs- und Dokumentationspflicht anders geregelt), Datenübertragbarkeit, Widerspruch gegen Verarbeitung von Daten sowie ein Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Bad Pyrmont, den _____

Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter / Erziehungsberechtigter