



Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Mina Fartash

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich unabhängig. 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 für den jeweiligen Zweck auf das 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.

1. Anforderung verschiedener Daten

Gerne fordern wir weiterhin für Sie medizinische Unterlagen, Formulare, Behandlungspläne, Bonusheft und Röntgenbilder an.

2. Übermittlung Ihrer Daten an weitere Dienstleister und Leistungserbringer

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Diese Leistungserbringer müssen dann ihrerseits die von Ihnen unterschriebene Einverständniserklärung erbringen. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

3. EDV übermittelte Daten

Alle per EDV übermittelte Daten z.B. Ihre Röntgenbilder werden von uns ausschließlich verschlüsselt übermittelt.

4. Telefongespräche

Zur telefonischen Terminvereinbarung stehen wir Ihnen wie immer zur Verfügung.
Gerne würden auch wir Sie telefonisch informieren dürfen z.B. bei Terminänderungen, Besprechungen und weiteren Anliegen.

5. Auskunft über Ihre Erkrankungen und Befunde an Dritte

Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen Auskunft über Ihre Erkrankungen und Patientendaten bekommen, teilen Sie uns bitte dann die Namen der Personen mit.
Zusätzlich müssen Sie eine weitere Einverständniserklärung unterschreiben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert worden 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 Mina Fartash und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht. Die „Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung“ wurde mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen.

Name des Patienten: _____

Datum, Unterschrift: _____