

Einwilligung des Patienten gem. EU-DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ überreicht. Hierin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder bei gesetzlich Versicherten zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. mit- und weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Therapeuten, Labore) übermitteln zu dürfen (z. B. mittels Arztbrief, Telefonat oder E-Mail), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Mit- oder Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Auch benötigen wir Ihre Einwilligung, um weitere Service-Angebote wie z. B. Erinnerung an Termine oder Zusendung von Informationsmaterial anbieten zu können. Die notwendigen Einwilligungen können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:

Hiermit erkläre ich, _____ geb. _____ dass die kieferorthopädische Praxis Dietrich Koch, Ochsenzoller Str. 192, 22848 Norderstedt

meine Daten über die kieferorthopädische Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Zahnärzte, Kieferorthopäden und Therapeuten übermittelt.

Ja Nein

Ihre Daten für den Erinnerungsservice für wiederkehrende Kontrolluntersuchungen (Recall) sowie für die Erinnerung an Termine verwenden darf.

Ja Nein

Ihre Daten für die Zusendung von Gesundheits-, Behandlungs- und/oder Praxis-Informationen verwenden darf.

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Herrn Dietrich Koch nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die kieferorthopädische Praxis Dietrich Koch, Ochsenzoller Str. 192, 22848 Norderstedt für die oben getätigte Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten über die kieferorthopädische Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Labore und Therapeuten von der Schweigepflicht.

Die oben getätigten Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift