

Zahnarztpraxis
Dr. Klaus Dohle
 Hochstraße 36,
 45894 Gelsenkirchen
 Tel.: 0209/38 09 425/ 64 379 64
 dr-klaus.dohle@t-online.de



Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Klaus Dohle

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Betreuer,

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 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.

1. Abrechnung über externen Dienstleister

In manchen Fällen ist eine Abrechnung von Privatleistungen über das Unternehmen **Mediserv**, Am Halberg 6 in 66121 Saarbrücken, notwendig. 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.
In diesen Fällen wird dann eine gesonderte Einverständnis von Ihnen durch uns eingefordert.

2. Informationsschreiben

In unregelmäßigen Abständen ist es notwendig, dass wir unsere Patienten bzw. deren Betreuer über Neuerungen in unserer **Praxis oder aktuelle Informationen** unterrichten müssen. Hierfür werden Sie von uns per Brief, Fax oder Email angeschrieben. Es handelt sich um **keinen Newsletter**, sondern um den Patienten betreffende wichtige Informationen.

3. Weitergabe und Anfordern von Patienteninformationen (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheimen, Apotheken)

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere **Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheimen, Apotheken**) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Es werden nur die notwendigsten Informationen ausgetauscht und dieser wird immer mehr digital und verschlüsselt erfolgen.

4. Kommunikation

Um Ihre Behandlung und Besuche in der Pflegeeinrichtung durchführen zu können bedarf es einer Kommunikation zwischen unserer Praxis und der Pflegeeinrichtung sowie **Apotheken, Ärzte, Krankenhäuser, Angehörigen**. Um diesen Informationsaustausch möglich zu machen ist Ihre Einwilligung notwendig. Es werden nur die notwendigsten Informationen ausgetauscht und dieser wird immer mehr digital und verschlüsselt erfolgen.

5. Fotos

Im Sinne der Dokumentation sind mitunter **Fotografien** notwendig und sinnvoll. Die Aufnahmen werden natürlich nach allen Geboten des Datenschutzes behandelt.

Zahnarztpraxis
Dr. Klaus Dohle
Hochstraße 36,
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/38 09 425/ 64 379 64
dr-klaus.dohle@t-online.de



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin, die Datenschutzinformationen erhalten habe 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. Klaus Dohle und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegeeinrichtung:

Betreuer: _____

Datum, Unterschrift Betreuer