

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Reilmann, Hammerschmidtbogen 12, 59556 Lippstadt

Name	Vorname	Geb.
------	---------	------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis müssen wir aus organisatorischen Gründen Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und zählen in einer Zahnarztpraxis zu den üblichen Verwendungen. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass Sie mit den 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 Datenverarbeitung, 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 gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Übliche Datenverarbeitungsprozesse in der Praxis Dr. Reilmann

Persönlichen Daten Telefonnummer und E-Mail-Anschrift	Bei Rückfragen oder Absagen von Terminen und Rechnungslegungen.
Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem Recall erinnern wir Sie hieran gerne (z.B. per Mail oder Brief)
Informationsschreiben	Jährliche Erinnerung an das Angebot der Krankenkassen an der Vorsorgeuntersuchung zum Nachweis der Zahngesundheit teilzunehmen und damit verbunden den Nachweis in Ihr Bonusheft gemäß SGB V vornehmen zu lassen
Überweisungsauftrag Laborauftrag Arztbrief	Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder, Befunde und Laboraufträge zum Zwecke der Dokumentation, weiterführenden Diagnostik und Behandlung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert 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 Dr. B. Reilmann und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
