

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Herr / Frau _____, geb. ____ . ____ . _____

Anschrift _____

Ich bin einverstanden, dass durch die

Zahnarztpraxis mit Herz
Dr. med. dent. Oliver Junker
Dahlener Str. 69-73
41239 Mönchengladbach

meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den ggf. überweisenden Arzt, die Krankenkasse, den Steuerberater, ggf. ein Inkassounternehmen/ Schufa und/oder die Abrechnungsfirma (mediserv) weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis für Zahnheilkunde Dr. Oliver Junker
Dahlener Str. 69-73, 41239 Mönchengladbach

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen (10 Jahre) und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Einrichtung ist der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungs- bzw. Dienstleistungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs 3 DSGVO und §22 Abs. 2 Nr. 1b BDSG), uns bindende sozialgesetzliche- und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligungserklärung zur ausgehändigten „Patienteninformation zum Datenschutz“ ausdrücklich ab.

Datum, Ort

Unterschrift