Schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung)

Damit wir die bei Ihnen notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene Informationen. Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich sind. Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zur Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen.

Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten ggf. für weitere Serviceleistungen, wie z.B. die Erinnerungen im Rahmen unseres Recall-Erinnerungssystems, mit dem wir Sie auf anstehende Vorsorgeuntersuchungen aufmerksam machen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb unserer Praxen in: Grünhof 2, 91275 Auerbach und Marktplatz 2, 91284 Neuhaus
und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Fremdlabore) außerhalb der Praxis weitergegeben.

Soweit für die Behandlung und/oder für die Abrechnung erforderlich, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten auch an für uns tätige Dienstleister.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer personen- und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenkartei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
Sie können jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten oder deren Löschung verlangen - entweder vor Ort in unserer Praxis oder telefonisch oder per E-Mail an folgende Adresse: *auerbach@zahnzentrum-mellinghoff.de*

Ich, _____(vollständiger, lesbarer Name) erkläre mich damit einverstanden, dass die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die beteiligte Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

Auerbach, _____ _____

Unterschrift Patient(in) / Bevollmächtigte(r)