

Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir haben Ihnen unsere Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt. Daraus geht hervor, wie wir Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung und zu Abrechnungszwecken verarbeiten.

Darüber hinaus können Sie uns gerne auch noch zusätzlich Ihr Einverständnis geben, dass wir Ihre Daten auch für Zwecke verarbeiten dürfen, die im Rahmen der Behandlung und Abrechnung nicht notwendigerweise erforderlich sind. Ihre Behandlung ist von diesem Einverständnis selbstverständlich nicht abhängig.

Sie haben außerdem die Möglichkeit Ihr Einverständnis jederzeit für die Zukunft formlos zu widerrufen. Soweit Sie uns für einzelne Punkte Ihr Einverständnis geben, entbinden Sie uns an dieser Stelle natürlich auch von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Recall & Terminerinnerung

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem „Recall“ erinnern wir Sie hieran gerne per SMS ca. sechs Monate nach Ihrer letzten Untersuchung. Wenn Sie einen Termin bei uns vereinbart haben, erinnern wir Sie gerne auch hieran kurz vorher per SMS.

Für die SMS-Erinnerung nutzen wir die technischen Dienste der **interactive digital media GmbH** aus Lübeck.

Ja, ich bin einverstanden. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Angehörige, Taxi etc.

Ohne Ihre Erlaubnis erteilen wir unberechtigten Dritten keine Auskunft darüber, ob Sie bei uns Patient/in sind oder ob Sie sich gerade bei uns aufhalten. Wenn Sie dennoch wünschen, dass wir einzelnen Personen Auskunft erteilen, dann können Sie uns hiermit gerne die Erlaubnis dazu erteilen. Wenn Sie beispielsweise von Angehörigen begleitet werden oder mit einem Taxi abgeholt werden, dann können Ihre Angehörigen bzw. die Taxifahrerin/der Taxifahrer uns nach Ihnen fragen.

Bitte teilen Sie uns jeweils mit, ob die entsprechende Person lediglich Auskunft darüber erhalten darf, ob Sie sich gerade in der Praxis aufhalten oder auch gesundheitliche Informationen über Sie erhalten darf.

Ja, Folgende Personen dürfen Auskunft darüber erhalten, ob ich mich in der Praxis aufhalte:

- | | |
|-------|---|
| _____ | <input type="checkbox"/> Ja, auch Gesundheitsdaten |
| | <input type="checkbox"/> Nein, keine Gesundheitsdaten |
| _____ | <input type="checkbox"/> Ja, auch Gesundheitsdaten |
| | <input type="checkbox"/> Nein, keine Gesundheitsdaten |
| _____ | <input type="checkbox"/> Ja, auch Gesundheitsdaten |
| | <input type="checkbox"/> Nein, keine Gesundheitsdaten |

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
(Bitte auch unterschreiben, wenn alle Fragen mit Nein beantwortet wurden.)