



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Anete Liepina-Busch

Mittelstraße 49, 59174 Kamen

Telefon: 02307-9838392 Fax: 02307-9675087

info@zahnarztpraxis-liepina-busch.de

Patienteneinwilligung Datenverarbeitung/- Weitergabe KINDER UNTER 16

Die **DS-GVO** gestattet den Umgang mit personenbezogenen Daten nach **Art. 6 Nr. 1a DS-GVO** nur dann, wenn dieser Umgang durch ein Gesetz, insbesondere das BDSG selbst und das Sozialgesetzbuch (SGB), oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist oder der von der Verwendung der Daten Betroffene – hier also Sie als Patient/in (nachfolgend nur „Praxis“, „Sie“ oder „ich“ genannt) – in den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten uns gegenüber eingewilligt haben.

Die Einwilligung erfolgt für folgende Praxis

Praxis
Fr. Dr. Liepina-Busch
Mittelstr. 49
59174 Kamen
Tel. 02307/9838392
www.zahnarztpraxis-liepina-busch.de

Datenschutzbeauftragter der Praxis

Frau
Andrea Pfeil
Mittelstr. 49
59174 Kamen
Tel. 02307/9838392
andrea.pfeil@zahnarztpraxis-liepina-busch.de

Hiermit erkläre ich als gesetzlicher Vertreter

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße / Ort

Für

Patientenvorname, Patientennamen

Geburtsdatum

mit der nachfolgenden Einwilligung mein Einverständnis zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten in dem sich aus der Einwilligung ergebenden Umfang. Jeder andere Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten durch uns, der nicht durch diese Einwilligung, ein Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist, ist uns ausdrücklich verboten.

1. Personenbezogene Daten

1.1 Ihre folgenden Stammdaten werden von dieser Einwilligung erfasst:

Nachname, Vorname/n, Titel, Geburtsort, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Mobilnummer, Krankenkasse, Versichertenstatus / Versicherungsnummer, Ggf. Mitglied, Ggf. Beruf / Arbeitgeber

1.2 Folgende weitere Daten werden von der Einwilligung erfasst:

Anamnese, Röntgenbilder / Röntgenbefunde, Zahnbefunde, Diagnosen, Mögliche Therapien, Durchgeführte Therapien, Laborbefunde, Führen einer Patientenakte

2. Einwilligung in die Übermittlung an Dritte durch die Praxis

- 2.1 Ich willige ein, dass die Praxis die unter Ziff. 1 benannten Daten an folgende Personen und Einrichtungen zu den jeweils genannten Zwecken übermitteln (Art. 6 Nr. 1a DS-GVO, § 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG) darf:**
Abrechnungsgesellschaften, Rechenzentren, Krankenkassen, Gutachter, Dentallabore, Kassenzahnärztliche Vereinigung (Abrechnung von Kassenleistungen), Zahnärztekammer (Abrechnung von Privatleistungen), Kiefer- und Gesichtschirurgen (MKG), Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Logopäden

3. Pflichten der Praxis im Umgang mit personenbezogenen Daten

- 3.1 Jeder Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis wird ausschließlich nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen. Die Angaben zu Art und Umfang des Umgangs mit meinen personenbezogenen Daten kann ich jederzeit bei der Praxis erfragen.
- 3.2 Die Praxis wird mich auf Anfrage jederzeit über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis und ggf. einem Auftragsdatenverarbeiter informieren. Meine Rechte nach der DS-GVO und dem BDSG, insbesondere mein Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung von personenbezogenen Daten, bleiben von dieser Einwilligung unberührt.

4. Widerruf der Einwilligung

- 4.1 Mir ist bekannt, dass ein Widerruf keinerlei Auswirkungen auf das Bestehen meiner Behandlung hat.
- 4.2 Mir ist bekannt, dass ich die von mir erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.
- 4.3 Mir ist bekannt, dass der Widerruf der Einwilligung das Recht in der Praxis zum Umgang mit meinen personenbezogenen in dem durch Gesetz oder eine sonstige Rechtsvorschrift nach § 4 Abs. 1 BDSG gestatteten Umfang unberührt lässt.

Dem Inhalt dieser Einwilligung stimme ich zu und habe ich verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, bzw. gesetzl. Vertreter