



Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Kai Bittner

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.
Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich.
Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, 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.

Wir beschränken die Art der verarbeiteten Daten, den Umfang der Verarbeitung und die möglichen Empfänger in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Wir haben technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.
Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ansprechpartner für Ihre Fragen ist Zahnarzt Kai Bittner.

1. Terminierungsservice (Recall)

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen.
Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne

per Email (oder Brief)

zur Zahngesundheitsvorsorge

zur Prophylaxe (prof. Zahnreinigung)

2. Abrechnung über einen externen Dienstleister

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig die BFS health finance GmbH, Hülshof 24, in Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. An dieses zuverlässige, anerkannte (zahn)ärztliche Abrechnungsunternehmen werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- das Informationsblatt ‚**Patienteninformationen zum Datenschutz**‘ erhalten und verstanden habe,
- ausreichend über die jeweils beabsichtigten Datenverarbeitungen informiert bin
- freiwillig mein Einverständnis in die Datenverarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

Beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck entbinde ich Zahnarzt Kai Bittner und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal im selben Umfang von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
