

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Kieferorthopädie Ahaus – Dr. Michael Hegmann und Dr. Kai Vahle-Hinz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch die Verarbeitung von Daten vornehmen, für die eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Der Umfang der Verarbeitung der Daten in unserer Praxis ist durchaus üblich in einer kieferorthopädischen Praxis. Wir möchten Sie bitten, mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie mit einer solchen Verarbeitung einverstanden sind. Ihre Behandlung ist davon selbstverständlich nicht abhängig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung, auch in teilen, ohne Angabe von Gründen durch eine formlose Mitteilung zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind zudem technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner ist Claudia Hegmann (Datenschutzbeauftragte), Dr. Michael Hegmann und Dr. Kai Vahle-Hinz.

Verwendungsfelder der Datenverarbeitung:

- Stammdatenverwaltung (Name, Anschrift, Versicherung etc.)
- Medizinische Daten im Rahmen der Patientenakte
- Schriftliche und telefonische Korrespondenz mit Kollegen und Mitbehandler
- Drittanbieter zur Herstellung von Behandlungsapparaturen (Fremdlabor)
- Drittanbietern zum Support sowohl der technischen Anlagen als auch der Software

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungszwecke der Daten informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder teilweise durchgestrichen habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Michael Hegmann und Dr. Kai Vahle-Hinz und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Name in Druckbuchstaben: _____

Ort, Datum

Unterschrift