

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte/r Patien/in,
ab 25. Mai 2018 ist auch in den Zahnarztpraxen die EU-Datenschutz-grundverordnung (DSGVO) als unmittelbar geltendes Recht zu beachten.

Ihre Daten sind uns wichtig, deshalb möchten wir Sie bitten das folgende Blatt sorgfältig zu lesen und zu unterschreiben.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam Dr. Fischer

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den gesundheitlichen Zweck
(*nicht Gewünschtes bitte streichen*)

1. Übermittlung an Dentallabor

Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen
Behandlungsgeräten

ZTL Kipping und Zeitler, White Digital Dental GmbH, ZTL Lexmann, Dentsply Atlantis

2. Recall-System

Erinnerungsservice für die regelmäßige Routineuntersuchung, Terminerinnerung/Terminvergabe und
ggf. Recall zur professionellen
Zahnreinigung

3. Praxisinformationen

Zusendung von Praxisinformationen, im Rahmen von Patienten-Infoveranstaltungen, Jubiläen, Vorträge,
etc.

4. Aufnahme in die Adress-, Telefon- und Emaildatenbank der Praxis

für Terminvergabe und Erreichbarkeit

5. Mikrobiologische Untersuchung

Keim- und Bakterienbestimmung im Rahmen der Parodontitistherapie
(u.a. Hain Lifescience)

6. Pathologie

Untersuchung von entnommenem Gewebe oder Abstrichen (Pathologisches Institut Drs. Uhl u.
Rosenkranz)

7. Konsil und ggf. Austausch von Röntgenbildern

mit Ärzten anderer Fachrichtungen z.B. Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Kieferorthopädie, etc.

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail
an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der
aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2
DSGVO).

.....
Ort, Datum

Unterschrift