

Dr. Freya Hezel-Kübert
Dr. Alexander Kübert
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie
Rathausplatz 2 85716 Unterschleißheim
Telefon 089/317 44 21 Fax 089/317 48 29
www.forabettersmile.de

**Patienteneinwilligung zum Datenschutz
(DSGVO)**

Patient/in:		
Name:	Vorname:	geb. am:

Liebe Patienten, liebe Patienteneltern;

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen (bzw. Ihrem Kind) und Ihrem Kieferorthopäden und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Die personenbezogene Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, Therapeuten, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungstellen und nur in dem Umfang, der zu Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner (bzw. meines Kindes) personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Mein Recht, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Patienteninformation zum Datenschutz unter "Ihre Rechte"). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (siehe Beiblatt) wurde mir von oben genannten Praxis ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigter