



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Patient / Patientin

_____ geb. am _____

Im Rahmen der Behandlung in der Zahnarztpraxis Dr. Volker Spiegel werden Daten über Ihre Person und Ihre medizinischen Befunde erhoben, verarbeitet und genutzt. Diese können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte (andere Zahnärzte, Fachärzte, Dental- und KFO-Labore, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, MDK, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen) übermittelt werden.

Durch Ihre Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zu den folgenden Punkten, um einen reibungslosen Vorgang Ihrer Behandlung zu gewährleisten:

- Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Volker Spiegel sich zur Verarbeitung meiner elektronisch gespeicherten Daten teilweise externer Dienstleister bedient (z. B. unser EDV-Anbieter), um einen regelrechten Betrieb von informationstechnischen Systemen zu gewährleisten.
- Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von anderen Zahnärzten, Fachärzten, Dental- und KFO-Laboren, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, dem MDK, Zahnärztekammern und privatärztlichen Verrechnungsstellen angefordert und erhalten werden können.
- Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Volker Spiegel sich mit mir schriftlich und/oder telefonisch anhand meiner hinterlegten oder öffentlichen Kontaktdaten in Verbindung setzen darf.

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht:

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis Dr. Volker Spiegel um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis Dr. Volker Spiegel die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an unsere Praxis übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen von dem/der Sorgeberechtigten)