

Name der Krankenkasse			
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Dr.L.Rittershaus K.Kassebeer	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	
Version		1.3 10/2021	

Kenntnisnahme

Hiermit bestätige ich, dass ich von der Patienteninformation „Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei betroffenen Personen gemäß Art. 13 DSGVO (Patient)“ Kenntnis genommen habe.

Einwilligung

- Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnde Zahnärztin die Mitarbeiterinnen der Zahnarztpraxis Dr. Rittershaus und Kassebeer Befunde, Behandlungsdaten, sowie Röntgenbilder bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde & Röntgenbilder an mitbehandelnde Ärzte übermitteln darf, sofern diese Daten für die Untersuchung relevant sind.
- Ich bin mit der Nennung meines Namens und auf meine Person bezogene Daten zu Behandlungszwecken in der Zahnarztpraxis Dr. Rittershaus & Kassebeer durch das Praxispersonal und behandelnder Zahnärztinnen einverstanden.
- Ich möchte von der Zahnarztpraxis Dr. Rittershaus & Kassebeer zu Zwecken der Terminvergabe oder anderen Behandlung betreffenden Zwecken wie z. B. Recall per Telefon, SMS oder E-Mail kontaktiert werden.
- Folgende Personen bzw. Erziehungsberechtigte sind auskunftsberechtigt & berechtigt Unterlagen, die mich betreffen, z. B. Rezepte, Überweisungen usw.

abzuholen: _____

Ihre aktuelle Handynummer: _____

Ihre aktuelle E-Mail: _____

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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). Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Datum _____

Unterschrift _____

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)