

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

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 technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Luise Koopmann unter [Luise.Koopmann@dr-hessling.de](mailto:Luise.Koopmann@dr-hessling.de) oder telefonisch unter 02871-14048.

#### 1. Erinnerung

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnarzt führen. Mit unserem System erinnern wir Sie gerne (z.B. per Mail, SMS, Anruf) an Ihre nächste Untersuchung.

#### 2. Abrechnung über externe Dienstleister

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen ABZ ZR Oppelner Str. 3, 82194 Gröbenzell und diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachte Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

#### 3. Informationsschreiben

In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuellen Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub.

Hierfür werden Sie von uns per (z.B. per Mail, SMS, Anruf) angeschrieben.

#### 4. Verlosen

Zu bestimmten Zeiten verlosen wir unter Patienten die teilnehmen möchten eine kleine Aufmerksamkeit. Ihr Name kommt dann in eine Lostrommel und falls Sie gewinnen, möchten wir Sie natürlich auch per (z.B. per Mail, SMS, Anruf) benachrichtigen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Zahnärzten, Kieferorthopäden, Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordert und/oder weitergeleitet werden können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich dieses oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe**.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis Dr. Hessling, Markt 6, 46399 Bocholt und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht. Das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis als Aushang habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_