

Einwilligung Datenweitergabe

Die **DS-GVO** gestattet den Umgang mit personenbezogenen Daten nach **Art. 6 Nr. 1a DS-GVO** nur dann, wenn dieser Umgang durch ein Gesetz, insbesondere das BDSG selbst und das Sozialgesetzbuch (SGB), oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist oder der von der Verwendung der Daten Betroffene – hier also Sie als Patient/in den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten uns gegenüber eingewilligt haben.

Die Einwilligung erfolgt für folgende Praxis

Zahnarztpraxis dr.med.dent. Thomas Dördelmann
Münsterplatz 6
44575 Castrop-Rauxel
Tel. 02305/2803
praxis@zahnheilkunde-dr-doerdelmann.de

Datenschutzbeauftragter der Praxis

Frau Elisabeth Bals
c/o Praxis dr. Thomas Dördelmann
Münsterplatz 6
44575 Castrop-Rauxel
Tel. 02305/2803

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Ort

Ich gebe mit der nachfolgenden Einwilligung mein Einverständnis zum Umgang mit meinen personenbezogenen Daten in dem sich aus der Einwilligung ergebenden Umfang. Jeder andere Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis dr. Dördelmann, der nicht durch diese Einwilligung, ein Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt ist, ist ausdrücklich verboten.

1. Personenbezogene Daten

1.1 Ihre folgenden Stammdaten werden von dieser Einwilligung erfasst:

- Nachname, Vorname/n, Titel, Geburtsort, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Mobilnummer, Krankenkasse, Versichertenstatus / Versichertennummer, ggf. Mitglied, ggf. Beruf / Arbeitgeber

1.2 Folgende weitere Daten werden von der Einwilligung erfasst:

- Anamnese, Röntgenbilder / Röntgenbefunde, Zahnbefunde, Diagnosen, mögliche Therapien, durchgeführte Therapien, Laborbefunde, Führen einer Patientenakte

2. Einwilligung in die Übermittlung an Dritte durch die Praxis

2.1 Ich willige ein, dass die Praxis die unter Ziff. 1 benannten Daten an folgende Personen und Einrichtungen zu den jeweils genannten Zwecken übermitteln (Art. 6 Nr. 1a DS-GVO, § 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG) darf:

- Rechenzentrum (DZR Neuss), Krankenkassen, ggf. ZE-Gutachter, Dentallabore (Tobodent und Simon in Dortmund, Eggert in Bochum), ggf. interdisziplinäre Konsile, ggf. Pathologie, Kassenzahnärztliche Vereinigung, ggf. Zahnärztekammer

3. Pflichten der Praxis im Umgang mit personenbezogenen Daten

3.1 Jeder Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis wird ausschließlich nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen. Die Angaben zu Art und Umfang des Umgangs mit meinen personenbezogenen Daten kann ich jederzeit bei der Praxis erfragen.

3.2 Die Praxis wird mich auf Anfrage jederzeit über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten durch die Praxis und ggf. einem Auftrags Datenverarbeiter informieren. Meine Rechte nach der DS-GVO und dem BDSG, insbesondere mein Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung von personenbezogenen Daten, bleiben von dieser Einwilligung unberührt.

4. Widerruf der Einwilligung.

4.1 Mir ist bekannt, dass ich die von mir erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann. Dem Inhalt dieser Einwilligung habe ich verstanden und stimme zu.

Datum

Unterschrift Patient, bzw. gesetzl. Vertreter