



## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Patient \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Erhebung meiner Daten, der Datenverarbeitung und -nutzung durch die Zahnarztpraxis Dr. Ibbels & Kollegen zu folgenden Zwecken einverstanden:

Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen und wissenschaftlichen Dokumentation, zur Verfassung von Behandlungsberichten mit Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankasse und/oder Abrechnungsgesellschaften weitergegeben oder übermittelt werden, um zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt zu werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, zur therapeutischen Dokumentation.

### Ich wurde darüber informiert, dass

- meine persönlichen Daten im Rahmen der oben genannten Zwecke unter Beachtung des DS-GVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann – mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann oder nicht zustande kommt und die Behandlung mit den Krankenkassen nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Auch kann ich die Korrektur unrichtiger Daten verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, unter bestimmten Voraussetzungen, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Fall des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an o. g. Dritte weiterleiten, die ihrerseits meine Daten löschen.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

