



DR. MED. DENT.

FEE WIESINGER

ZAHNÄRZTIN

Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Frau/Herr _____

Damit wir die bei Ihnen notwendigen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene Informationen.

Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich sind.

Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zur Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen.

Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten ggf. für weitere Serviceleistungen wie z.B. die Erinnerung im Rahmen unseres Recall-Erinnerungssystems, mit dem wir Sie auf anstehende Vorsorgeuntersuchungen aufmerksam machen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb unserer Praxis und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahme die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Fremdlabore) außerhalb der Praxis auf alle Fälle verschlüsselt weitergegeben.

Soweit für die Behandlung und/oder für die Abrechnung erforderlich, übermitteln wir Ihnen personenbezogene Daten auch an für uns tätige Dienstleister.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer personen- und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden.

Sie können Ihre unten eingegebene Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenkartei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten und deren Löschung verlangen – entweder vor Ort in der Praxis, telefonisch oder per E-Mail an folgende Adresse: info@wiesinger-zahnarzt.de

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die beteiligte Praxis darf meine Daten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

München, den _____

Unterschrift _____