

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
 gemäß des neue Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir
 möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre
 Einwilligung durch Ihre Unterschrift in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen:

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung
- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten	Ich willige ein	Ich willige nicht ein
- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden. Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken handeln. Bei den übermittelten Patientendaten kann es sich z.B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns ggf. an folgende Dienstleister mit denen wir zusammenarbeiten übermittelt: - Computer konkret, Falkenstein; - PVS dental GmbH, Limburg - Align Technology (Invisalign), Amsterdam - Hellen Leleux, Runkel - life-dental, Herborn - CA-Digital, Hilden - Maximo, Giessen - Incognito (3M Unitek), Landsberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Versicherten