Einwilligung in die Verarbeitung
personenbezogener Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patienten und Patientinnen,

um Ihnen einen optimalen Service und Ablauf in unserer Praxis zu bieten,
bitten wir Sie um die nachfolgenden Einwilligungen.

Alle Einwilligungen sind **freiwillig**. Sie können einzelne oder alle Punkte ankreuzen oder frei lassen. Eine Nichterteilung oder ein späterer Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Behandlung.

1. Recall-Service (Erinnerung an Vorsorgetermine)

Ich willige ein, dass mich die Zahnarztpraxis Friederike von Kolson an anstehende Untersuchungstermine oder professionelle Zahnreinigungen erinnert.

[ ] Ja, per Post

[ ] Ja, per E-Mail an: _____

[ ] Ja, per SMS / Anruf an Telefon-Nr.: _____

2. Abrechnung über externen Abrechnungsdienstleister (Factoring)

Ich willige ein, dass die Praxis meine Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Abrechnungspositionen) zum Zwecke der Abrechnung, Geltendmachung und des Einzugs von Honorarforderungen an folgenden Abrechnungsdienstleister übermittelt:

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

[ ] Ja, ich willige in die Übermittlung gegenüber dem Abrechnungsdienstleister ein.

3. Befund-, Dokumenten- und Rezeptübermittlung per unverschlüsselter E-Mail / Messenger

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Datenübertragung per unverschlüsselter E-Mail, SMS oder Messenger-Diensten Sicherheitslücken aufweisen kann. Bei der unverschlüsselten Übermittlung von Rezepten, eRezept-Zugangscodes (Token), Befunden, Röntgenbildern oder sonstigen medizinischen Unterlagen handelt es sich um vertrauliche Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO), die auf dem Übertragungsweg von unbefugten Dritten eingesehen oder abgefangen werden könnten. Die Erteilung der nachfolgenden Einwilligungen erfolgt auf meinen ausdrücklichen Wunsch und auf mein eigenes Risiko.

[ ] Ja, ich willige ein, dass mir die Praxis Terminbestätigungen, Befunde, Röntgenbilder sowie Rezepte und eRezept-Token-Codes an folgende E-Mail-Adresse senden darf:

[ ] Ja, ich willige ein, dass mich die Praxis bezüglich Terminabsprachen oder organisatorischer Rückfragen per WhatsApp / Messenger unter folgender Mobilnummer kontaktieren darf:

_____

Widerrufsbelehrung: Sie können diese Einwilligungen jederzeit einzeln oder insgesamt mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Zahnarztpraxis Friederike von Kolson (E-Mail: info@zahnarzt-von-kolson.de) widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)