



prof. hinz & partner

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

die von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages von Ihnen erhobenen Daten benötigen wir zur Erfüllung Ihrer Versorgung. Wir geben Sie zur Abrechnung mit Ihrem Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen weiter. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu anderen als den zur Erfüllung des Versorgungsauftrages genannten Zwecken findet nicht statt. Sobald der Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Patientenname, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zu meiner optimalen Versorgung die Datenübermittlung meiner personenbezogenen Daten an Dritte aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgen. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen meiner ausdrücklichen nachfolgenden schriftlichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zu meiner Datenweitergabe wurden mir mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke meiner Versorgung in die Weitergabe meiner Behandlungsdaten an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer ein. Darüber hinaus beauftrage ich die Praxis Prof. Hinz & Partner mit der Anforderung meiner Patientendaten bei:

- Zahnarzt/ Kieferorthopäden: _____
- Krankenhaus: _____
- Sonstige: _____

Dazu entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. deren Angestellte von ihrer Schweigepflicht.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass ich

- zum Zwecke eines „Recalls“, also der Erinnerung einer regelmäßigen Kontrolle, zwölf Monate nach meiner letzten Behandlung kontaktiert werde,
- zu Informations- und Werbezwecken in unregelmäßigen Abständen per E-Mail oder postalisch angeschrieben werde.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung kann es zu Einschränkungen meiner Behandlung führen.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/-in od. Erziehungsberechtigte/r