



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten/ die Daten Ihres Kindes an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um diese Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Zahnärzte, Ärzte, Labore, Gutachter, Logopäden etc.) übermitteln zu dürfen (z.B. Arztbriefe, Röntgenbilder, Modelle, Fotos), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um Daten gegen Manipulation, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiemit willige ich,

Name, Vorname Geb. Datum

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort

ein, dass Daten über meine Behandlung/ die Behandlung meines Kindes

Name, Vorname Geb. Datum

bei der Praxis Dr. Hanne Schmänk, Hauptstraße 70a, 46244 Bottrop an
den weiterbehandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen

das Eigenlabor

das Labor Ortholab Bestimmte Behandlungsgeräte werden im
Einzelfall in einem externen Labor hergestellt

den Gutachter Im Falle einer Begutachtung des Behandlungsfalles

Weitere: wie Logopäden, Rechtsanwälte, andere Ärzte

weitergegeben / eingesehen werden dürfen. Des Weiteren stimme ich der

Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die entsprechende Abrechnungsstelle

Übermittlung der Abrechnungsdaten an eine Abrechnungsgesellschaft

Zuschaltung des Online-Supports

durch die Firma Ivoris (Dokumentationsprogramm)

in Verbindung mit Röntgen (Wartung etc.)

zu.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner bei Fragen: Dr. V. Sternemann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Kieferorthopädin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannte Ärztin bzw. die bei der genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, sowie eingesetztes Personal von der Schweigepflicht.

Ich stimme der Weitergabe der Dokumente zu.

Datum Unterschrift