

EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN UND ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Sehr geehrte*r Patient*in, sehr geehrte*r Betreuer*in,

der Schutz Ihrer Daten hat für uns, die **DEIN DENTAL** Gössenheim MVZ GmbH als datenschutzrechtlich Verantwortliche i.S.d. DSGVO (nachfolgend: die Praxis), höchste Priorität. Nachstehend bitten wir Sie für bestimmte Verwendungszwecke um Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Da Ihre Daten zudem der zahnärztlichen Schweigepflicht unterliegen, ist zusätzlich eine Entbindung von der Schweigepflicht erforderlich.

Umfassende Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch unsere Praxis und Ihre diesbezüglichen Rechte als betroffene Person finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Diese liegt am Empfang zur Einsicht und zur Mitnahme bereit bzw. kann auf unserer Homepage unter www.zahnarzt-goebel.de abgerufen werden. Für eventuelle Fragen steht unser Team Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

INFORMATIONEN ÜBER DIE ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN NACH ART. 12 FF. DSGVO

Mir ist bekannt, dass es im Rahmen der Behandlung und Versorgung erforderlich ist, personenbezogene und auch medizinische Daten über meine Person zu verarbeiten. Auch ist mir bekannt, dass im Rahmen der Leistungserbringung und Vertragsabwicklung sowie bei administrativen Themen die Unterstützung durch Dienstleister erfolgt, welche dabei eingeschränkten Zugriff auf meine personenbezogenen Daten haben. Ich hatte die Möglichkeit, mich darüber und über meine Rechte anhand der o.g. Datenschutzerklärung zu informieren. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Datenschutzerklärung am Empfang zur Einsicht und zur Mitnahme bereitliegt.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine personenbezogenen Daten, bestehend aus Kontaktdaten und besonders geschützten Gesundheitsdaten, entsprechend den Hinweisen in der Datenschutzerklärung für die folgenden Zwecke verarbeitet:

KONTAKTAUFNAHME, AUSKUNFT, TERMINABSPRACHEN:

Ich stimme ausdrücklich einer Kontaktaufnahme (per Telefon, Post, Fax und Email) und einer Auskunfterteilung über den Behandlungsstand und Terminabsprachen bzw. Besuchsankündigungen mit Angehörigen, Betreuern und Heimmitarbeitern über die genannten Kommunikationswege zu:

ja nein

KONTROLLBESUCH:

Ich stimme dem halbjährlichen Kontrollbesuch durch das Team der Zahnarztpraxis zu:

ja nein

ÄRZTLICHES KONSIL:

Ich stimme im Vorfeld der Behandlung der Einholung eines ärztlichen Rates (sog. Konsil, z.B. beim Hausarzt) zu, um weitere zahnärztliche Behandlungen durchführen zu können:

ja nein

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT:

Für die Ermöglichung der oben von mir eingewilligten Zwecke, entbinde ich Dr. Volkmar Göbel und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht und berechtere sie zur Übermittlung meiner Daten:

ja nein

WIDERRUF MEINER EINWILLIGUNG UND DER ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Die Erklärung meiner Einwilligung und der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgen freiwillig. Ich kann sie – insgesamt oder in Teilen – ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte. Mir ist bewusst, dass die Erteilung der Einwilligungen und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht keine positiven oder negativen Auswirkungen auf meine Behandlung haben. Meine vorstehenden Einwilligungen und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gelten so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail erklären (z. B. an: goessenheim@dentagil.de). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Ferner stehen mir die weiteren in der Datenschutzerklärung dargestellten Rechte zu. Soweit für die weitere Verarbeitung meiner Daten eine anderweitige Rechtsgrundlage besteht, ist die Praxis zu dieser berechtigt. Andernfalls werden meine Daten bei Widerruf der Einwilligung gelöscht. Eine Entscheidungsfindung ausschließlich auf Basis einer automatisierten Verarbeitung (Art. 22 DSGVO) und eine Datenübertragung in Drittstaaten (Art. 45 ff. DSGVO) finden nicht statt.

Ort • Datum

Unterschrift (Name • Vorname)

Zahnmedizinisches Versorgungszentrum
für ganzheitliche Zahnheilkunde und mobile Altersmedizin

DEIN DENTAL
DR. GÖBEL & TEAM

DEIN DENTAL Gössenheim MVZ GmbH

Hauptstr. 29 • 97780 Gössenheim
Tel 0 93 58 2 08
goessenheim@dentagil.de
www.DENTagil.de