

## Einwilligungserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Aufgrund gesetzlicher Pflichten ist der Zahnarzt verpflichtet, notwendige Daten zu verarbeiten und weiter zu senden. Folgend ein Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis.

An folgende Stellen werden Daten übermittelt:

- 1. Übermittlung an Dentallabor** Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.
- 2. Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstellen, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkassen, Gutachter, Inkassofirma, desweiteren Überweiser, Steuerbüro zur Bearbeitung von Rechnungen), externe Rechnungsbüros, IT- Firma**

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den genannten Zweck zu.

Sie erhalten auf Nachfrage Einblick in die Datenschutzerklärung der Praxis .

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Chemnitz, \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/ r