Anmeldung
Einwilligung zur Datennutzung

ZAHNARZTPRAXIS für Kinder und Jugendliche
Dr. Melanie Elger MSc.
Dr. Kimberley Jakusz MSc.

Alte Holstenstraße 12 · 21031 Hamburg
Tel. 040 - 40 11 31 70 · www.kinderzahnarzt-bergedorf.de

Einwilligung zur Datennutzung nach DS-GVO

Liebe Eltern,
ab dem 25.05.2018 gilt die neue EU-Datenschutzverordnung DS-GVO. Um den neuen Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig unserem medizinischen Versorgungsauftrag ungehindert nachkommen zu können, benötigen wir einmalig eine Reihe von Einwilligungen zur Nutzung der Daten von Ihnen bzw. Ihres Kindes.

Hiermit willige ich _____ ein, meine angegebenen Daten und die von meinem Kind / meinen Kindern

_____ _____
Name Geburtsdatum

_____ _____
Name Geburtsdatum

für die Nutzung folgender Praxistätigkeiten zu gebrauchen:

1. Datenversand
Ich stimme zu, dass angeforderte Unterlagen wie z.B. Röntgenbilder, Heil- und Kostenpläne, Rechnungen o.ä. an mich, an meine Krankenkasse oder überweisende Ärzte versendet werden dürfen. Die Zustimmung gilt für alle Kommunikationswege wie z.B. Post, Fax oder E-Mail. Anhänge von E-Mails werden verschlüsselt, sonfern Sie dem nicht widersprechen.

2. Kontaktaufnahme durch Praxis
Ich stimme zu, dass die Praxis Dr. Elger mich in wichtigen Fällen selbständig kontaktieren darf. Dies gilt z.B. für Terminänderungen, -absagungen oder bei Versäumnissen. Des Weiteren für das Recallsystem der Praxis. Die Zustimmung gilt für alle Kommunikationswege wie z.B. Post, Fax, Telefon oder E-Mail.

3. Behandlung im Großraumzimmer
Ich stimme zu, dass ich/mein(e) Kind(er) ggf. im Großraumzimmer der Praxis Dr. Elger behandelt werden darf/dürfen. Dafür geeignete Behandlungen sind z.B. die Prophylaxe-Therapie oder kieferorthopädische Termine. Mir ist bekannt, dass Termine in einem Einzelzimmer ggf. mit längeren Termin-Vorlaufzeiten verbunden sind.

Nichtzutreffendes bitte streichen

Bitte beachten Sie, dass Ihre im Folgenden benannten Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung bzw. Widerspruch gegen die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten nicht uneingeschränkt gelten. Insbesondere Behandlungsdaten sind aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht des Zahnarztes von diesen Rechten ausgeschlossen.

Hinweise über Betroffenenrechte gemäß Art. 14 ff. DSGVO

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung

_____ X _____
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter*/gesetzlicher Vertreter

*Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.