

Patient*in

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Email _____ Tel. Mobile _____

Gesetzliche Vertretung / Beistand (falls zutreffen)

Institution / Person
 Name _____ Vorname _____
 Strasse, Nr _____ PLZ/Ort _____
 Email _____ Tel. Mobile _____

Ich bin mir bewusst, dass der **elektronische Versand von Daten über E-Mail unverschlüsselt erfolgt**, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Daten elektronisch übermittelt werden dürfen und ich mir der dabei entstehenden Risiken bewusst bin und in Kauf nehme. Ich gebe mein Einverständnis für den elektronischen Datenaustausch und Kontakt mit den unten aufgeführten Personen, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Zahnärzte, weitere Gesundheitsfachpersonen, Angehörige oder Beistände	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Zahnärzte, weitere Gesundheitsfachpersonen, Angehörige oder Beistände	Dokumentation Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Zahnärzte, weitere Gesundheitsfachpersonen, Angehörige oder Beistände	Dokumentation Rechnungsstellung
Rechnungsstellung, Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Gesundheitsfachpersonen, Angehörige oder Beistände	Dokumentation Rechnungsstellung
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

- Die Unterlagen werden, während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt, danach mit Ihrer Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.
- Sie haben das Recht, Auskunft oder Kopien zu Ihren Personendaten zu erhalten.
- Sie können eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Durch Ablehnung oder Widerruf der Einwilligung, die ohne Angaben von Gründen erfolgen kann, entstehen keine Nachteile. Der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen.

Datum _____

Unterschrift _____