FACHZAHNÄRZTE SAWAS

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dres. Sawas

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf, das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Masin Sawas.

1. Vorsorge, Prophylaxe Recall, Terminerinnerung und Vereinbarung	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [z.B. Telefon, Mail, SMS, Postkarte] 4-6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung. Gerne würden wir Sie auch gerne für Terminänderungen oder Terminvereinbarung kontaktieren.
2. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüberhinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Externe zahntechnische Labore	Ein Datenaustausch findet ggf. auch mit den externen zahntechnischen Laboren für Zahnersatz oder Zahnspangen statt, ggf. ist ein Zahntechniker bei Anpassungen auch anwesend bei entsprechenden Anproben.
4. Austausch von Röntgenbildern	Um die Zusammenarbeit mit ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen schnell und unbürokratisch für Sie zu gestalten, Bedarf ggf. dem Austausch von Röntgenbildern per E-Mail; CD oder USB-Stick.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe**.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxismitarbeiter von Dres. Sawas von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

_____