



DR. MED. DENT. SILKE RAITAROWSKY
ZAHNÄRZTIN

Einwilligung

Hiermit erkläre ich, _____

(Patient/in, gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen)

mich damit einverstanden, dass die Praxis, vertreten durch die Praxisinhaberin Dr. Silke Raitarowsky,

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und zahnärztlichen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrages (Rechtsgrundlage: Art.6 Abs. 1 DS-GVO) verarbeitet und speichert und
- diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen und die Zahnärztliche Abrechnungsstelle Fr. Sabine Rudl, die mit der Behandlung oder Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis geben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert
- die mich betreffenden Daten zur Führung des Recallsystems zum Zwecke des Anschreibens zur Erinnerung an den nächsten Termin verarbeitet. Ich bin einverstanden, dass ich innerhalb des Recallsystems angeschrieben und an einen erneuten Termin erinnert werde.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (hessischer Landesdatenschutzbeauftragter) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

Eine Kopie dieses Hinweises habe ich erhalten.

Datum: _____

Unterschrift : _____

(Patient/in, gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen)