

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
durch die Praxis Dr. J. Jedynak und Dr. Dr. S. Winter**

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/ MKG Praxis 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 Dr. J. Jedynak und Dr. Dr. Winter

1. 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 PVS dental GmbH, Auf der Heide 4, 65553 Limburg . 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.
2..Überweiserdaten	Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten benötigen wir die Kontaktdaten, sowie die Überweisungen, Röntgenbilder usw. des überweisenden Arztes. Soweit erforderlich auch die mit uns geschlossenen besonderen Vereinbarungen, aber keine darüberhinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen. Ich stimme ein, dass meine Daten(Name & Geburtsdaten) sofern nötig an die Anästhesiepraxen weitergegeben werden dürfen.
3. Abrechnung mit Laboren, Pathologie, Anästhesie, sowie auch Krankenkassen, Beihilfestellen, Ärzte und Zahnärztekammer	Um eine interne Abrechnung mit den Laboren, Pathologen, Anästhesisten, Krankenkassen, Beihilfestellen, Ärztekammer und Zahnärztekammer durchführen zu können, benötigen wir eine Einwilligung, um die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere die Kontaktdaten übermitteln zu können. Bei den OP`S werden bei Bedarf Proben entnommen, welche ebenfalls mit Namenangabe an die zu befundende Pathologiepraxis weitergegeben werden.

Datum, Ort

Unterschrift