



Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen

Birkerstrasse 27 • 80636 München • Fon: 089 – 12 10 98 30 • www.kinderzahnarztpraxis.de

DATENSCHUTZ

Einwilligung in die Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung von personen-, gesundheits- und behandlungsbezogenen Daten

Name, Vorname

Straße

PLZ und Ort

Telefon

Ich erkläre für mich und als dessen gesetzlicher Vertreter für das Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

ausdrücklich das Einverständnis, dass durch die

Kinderzahnarztpraxis
Dr. Stefanie Huber & Kollegen
Birkerstr. 27
80636 München
Telefon: 089 - 12 10 98 30
E-mail: info@kinderzahnarztpraxis.de

personen-, gesundheits- und behandlungsbezogene Daten unter Beachtung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zu folgenden Zwecken erhoben, gespeichert, verarbeitet und übermittelt werden:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Kostenträger (GKV, PKV, Unfallversicherung, Abrechnungsstelle z.B. KZVB, Sie selbst als Privatversicherte, etc.)
- Befunderhebung, Erstellung v. Röntgenaufnahmen, Diagnosestellung, Behandlungsdokumentation
- Erstellung von Übergabeprotokollen oder Arztbriefen
- Terminerinnerung durch SMS mit unserem Anbieter SMS4.de

Zu diesen Zwecken können die Daten des behandelten Kindes an überweisende, vertretende oder hinzugezogene Ärzte, Logopäden, die Krankenkasse, die Unfallversicherung, Berufshaftpflichtversicherung, Abrechnungsfirma, Steuerkanzlei, Inkasso Service und Juristen weitergegeben bzw. übermittelt werden, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist.

Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen

Birkerstrasse 27 • 80636 München • Fon: 089 – 12 10 98 30 • www.kinderzahnarztpraxis.de

Rechte gegenüber der Kinderzahnarztpraxis Dr. Stefanie Huber & Kollegen:

Ich bin gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, um umfangreiche **Auskunfts-erteilung** zu den gespeicherten Daten zu meiner Person und zur Person des durch mich gesetzlich vertretenen Kindes zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO kann ich jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Der Widerruf sollte in Schriftform erfolgen. Im Falle des Widerrufs werden die Daten der/des Patientin/en gelöscht, es sei denn, es bestehen gesetzliche oder sonstige Verpflichtungen zur Speicherung der Daten.

Sofern ich im Zusammenhang mit der Verarbeitung meiner Daten einen entsprechenden Anlass sehe, kann ich eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91552 Ansbach.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.

Ich bestätige, dass ich diese Einwilligungserklärung freiwillig ohne jeglichen (zeitlichen) Druck abgeben konnte.

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Mutter

Unterschrift des erziehungsberechtigten Vaters

Nach der Umwandlung des Dokuments erfolgt eine Überprüfung auf Vollständigkeit der Daten durch unsere Mitarbeiterin.

Ort, Datum

Unterschrift der Mitarbeiterin