

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
 gemäß des neue Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir
 möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre
 Einwilligung durch Ihre Unterschrift in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen:

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung
- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten	Ich willige ein	Ich willige nicht ein
- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Behandlungsdaten bei mitbehandelnden Kollegen oder Leistungserbringern an, bzw. übermitteln Ihre Daten an diese. Bei den mitbehandelnden Leistungserbringern kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken handeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns bei Notwendigkeit an externe Dienstleister zur Herstellung und Planung von Behandlungsgeräten übermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An folgende Personen darf Auskunft bzgl. der Behandlungstherapie/Befunde weitergegeben werden:

.....

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein. Ich stimme zu, dass meine Behandlung in einem offenen Behandlungszimmer erfolgen, und ich mit meinem vollen Namen in der Praxis angesprochen werden kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

 Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten

 Ort / Datum

 Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Versicherten