

## Einwilligung in die Verarbeitung / den Schutz personenbezogener Daten

durch die Praxis Dr. Johanna & Dr. Matthias & Dr. Oliver Lackner, Jahnstr. 2, 46236 Bottrop

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis müssen 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 kieferorthopädischen Praxis üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ankreuzen und 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 Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung sind Dr. Johanna Lackner & Dr. Matthias Lackner

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Telefongespräche<br><input type="checkbox"/>              | Wenn Sie uns anrufen um einen Termin für Ihr Kind zu vereinbaren, zu verschieben oder abzusagen, ist es uns erlaubt dies mit Ihnen zu besprechen; für diesen Fall benötigen wir die Patientennummer. Diese finden Sie auf dem „Datenschutzrichtlinien Kurz“ Infoblatt                                                                                                                                                                     |
| 2. Aufrufe im Wartezimmer<br><input type="checkbox"/>        | Für den reibungslosen Ablauf werden Patienten mit vollständigem Namen aufgerufen und in die Behandlungszimmer begleitet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. Recall während der Behandlung<br><input type="checkbox"/> | Es kommt immer mal vor, dass Sie zu einem vereinbarten Termin nicht kommen konnten. In diesen Fällen werden wir versuchen Sie per<br><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Brief<br>kontaktieren, um einen neuen Termin zu vereinbaren.<br><br>Wir werden auch mit Ihnen Kontakt aufnehmen, wenn wir aus internen Gründen einen Termin verschieben müssen. |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, **sofern ich diese oben angekreuzt habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Johanna & Dr. Matthias Lackner und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige zusätzlich ein Formular der „Datenschutzrichtlinie kurz“ erhalten zu haben.

Bottrop, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder deren gesetzlichen Vertreter  
(Mutter) (Vater)