



Kompetenzzentrum für „Ganzheitliche Mund-Kiefer-Gesichts- und Neurochirurgie“

Standort: „Praxis an der Wiese“

Bernerweg 9, 79539 Lörrach, Tel +49 7621 4228640, Fax +49 7621 42286420

Anmeldebogen/Einwilligungserklärung Datenschutz

Patient/in:

.....
Name, Vorname geb. am

.....
Straße/Nr. PLZ/Ort

.....
Telefon mobil privat beruflich

.....
E-Mail Versicherung/Krankenkasse

Ggf. gesetzliche/r Vertreter/in / Rechnungsempfänger/in:

.....
Name, Vorname geb. am

.....
Straße/Nr. PLZ/Ort

Liebe Patientin, lieber Patient,
die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Medikamentenpläne, Therapievorschläge und Befunde, die wir und/oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder) und Fotos.

Die personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r