

Sicherheit & Schutz ... selbstverständlich!

Heute ist Ihr erster Tag in der DiWi-Praxis.

Unser Ziel ist es, Ihre Gesundheit zu schützen und zu stärken. Dieser Grundsatz gilt auch für alle persönlichen Daten, die Sie uns anvertrauen. Die vorliegende Information erläutert die Nutzungsart. Ihre Zustimmung zur Datenschutzverordnung ist die Grundlage einer vertrauensvollen Zusammenarbeit.

Meine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis:

DiWi Praxis

Dr. Dietsche & Dr. Wichary
Justinian Str. 3
50679 Köln
Tel.: 0221 – 390 8 390
Email: info@diwipraxis.de

Datenverarbeiter / Verantwortliche:

Dr. Stefan Dietsche
Dr. Reiner Wichary
Vertreter: ZA Jens Vogel

Datenschutzbeauftragter:

Andreas Warkus
Ahrstr. 38
51371 Leverkusen
Tel.: 0176 – 621 90 275
Email: info@awsoft.org

meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken verarbeitet und nutzt:

1. Bereitstellung für den Abschluss eines Behandlungsvertrages (gesetzliche Vorschrift)
2. Erfüllung meines Behandlungsvertrages, der Dokumentation & der Lohnbuchhaltung (BGB §§630a und 630f)
3. Kommunikation mit Versicherungen, Krankenkassen, Factoring- & Inkasso-Unternehmen, Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Sozialversicherungsträgern oä (Datenempfänger)
4. Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche (DSGVO: Artikel 6 Abs. 1)
5. Datensicherung zur Behandlungsdokumentation (10 Jahre / BGB §630 Abs. 3)
6. Weitergabe an Dritte zur administrativen Erfüllung des Behandlungsvertrages



Hinweis!

Wenn Sie Ihre Daten nicht bereitstellen möchten, kann kein Behandlungsvertrag geschlossen werden!

Ich willige ein, dass meine Daten auf folgenden Kommunikationswegen genutzt werden:

E-Mail

Meine Daten & Patienteninformationen werden per E-Mail in unverschlüsselter Weise übertragen, z.B. an Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrages

SMS

Die Kontaktaufnahme erfolgt zur Vergabe, Absage, Verschiebung oder Bestätigung von Terminen. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Kommunikation über SMS zwar im Namen der Praxis erfolgt, jedoch von einem externen Dienstleister erbracht wird. Zu diesem Zweck ist die Praxis berechtigt, meine Handy-Nummer an externe Dienstleister weiter zu reichen.

Telefon

Meine Daten & Patienteninformationen dürfen per Telefon an Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages kommuniziert werden.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrages

Telefax

Meine Daten & Patienteninformationen dürfen per Telefax in unverschlüsselter Weise übertragen werden (z.B. an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages)

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrages

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. Die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen & gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. Die Erhebung, Verarbeitung & Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist & falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. (DSGVO: Art. 6, 16, 18, 20, 21)

Einwilligung

Ort / Datum

Unterschrift