

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die  
Praxis Dr. Dr. Mathy & Kollegen  
Kieferchirurgie und Implantologie Aschaffenburg**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in der Zahnmedizinischen/medizinischen Praxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, diese Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns für die Zukunft 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.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der Praxisinhaber.

Ihre Ansprechpartnerin für Fragen ist Frau Sabine Seefeld.

|   |   |
|---|---|
| 1. Konsiliarische Erörterung mit allen an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzten.      | Wir arbeiten eng mit den behandelnden Ärzten unserer Patienten zusammen. Sollte es einmal zu Unklarheiten in der Anamnese, dem Behandlungsplan oder anderen Belangen kommen, bzw. sollten die Behandlungskonzepte mit dem behandelnden Hauszahnarzt, Hausarzt usw. aufeinander abgestimmt werden, ist es manchmal unerlässlich sich mit anderen Ärzten auszutauschen. |
| 2. Arztberichte   | Um den überweisenden Arzt, den Hauszahnarzt, den Hausarzt, Dermatologen oder Kieferorthopäden über den Behandlungsverlauf oder –plan, bzw. andere notwendige Behandlungsdetails zu informieren.   |
| 3. Pathologie/ Labormedizin   | In manchen Behandlungsfällen ist es notwendig Gewebe und dazugehörige Daten zur histologischen Untersuchung an einen Facharzt für Pathologie und/oder Labormedizin weiterzuleiten. Diese Kollegen bereiten das von uns bereitgestellte Material auf und senden den histologischen Befund an unsere Praxis zurück.   |
| 4. Dentallabor  | Sollten Sie oder Ihr Kind einen Zahnersatz benötigen, oder muss dieser repariert oder erweitert werden, was nicht in unserem Praxislabor, sondern in einem externen Labor von einem ausgebildeten Zahntechniker durchgeführt werden muss, werden zur eindeutigen Zuordnung personenbezogene Daten an das Dentallabor übermittelt.                                     |
| 5. Anästhesiologie  | Sollten Sie oder Ihr Kind eine Analgosedierung oder Intubationsnarkose benötigen, ist es zur eindeutigen Identifizierung und zu Abrechnungszwecken notwendig personenbezogene Daten an den Anästhesisten weiterzugeben.   |
| 6. Mit- und weiterbehandelnde ärztliche und/oder zahnärztliche Kollegen/Kolleginnen | Sollte ein mit- und/oder weiterbehandelnde/r Kollege/in ein angefertigtes Röntgenbild und/oder einen expliziten Auftrag von uns benötigen, ist es von Nöten aktuelle und/oder ältere Röntgenbilder und/oder eine Überweisung an den Kollegen/die Kollegin zu senden.  |
| 7. Gesetzliche Krankenkassen  | Sollte Ihre Krankenkasse Rückfragen bzgl. Ihrer Behandlung oder Abrechnung haben und uns telefonisch kontaktieren, erteilen Sie uns die Erlaubnis Auskunft zu geben.  |

**Bitte wenden!**

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die  
Praxis Dr. Dr. Mathy & Kollegen  
Kieferchirurgie und Implantologie Aschaffenburg**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, **sofern ich diese nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis Dr. Dr. Mathy & Kollegen Implantologie und Kieferchirurgie Aschaffenburg und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen/zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

-----

Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in