



## Patient:

---

Nachname

---

Vorname

---

Geburtsdatum

## Liebe Eltern,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns - Ihrer Kinderzahnarztpraxis - und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Versicherungsstatus, evtl. Bankverbindung. Auch Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und bildgebende Verfahren (Röntgenbilder) werden verarbeitet. Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und auch zu Zwecken der Abrechnung an andere ZahnArzte, Ärzte, kassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Unfallversicherungen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung und die Weitergabe an die o.g. Dritten der personenbezogenen Daten der meines Kindes, meiner Daten, der meines Ehepartners bzw. eines sonstigen Erziehungsberechtigten und evtl. einer von mir beauftragten Begleitperson ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Aushang und Datenschutzerklärung auf der Webseite).

Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Achtung: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

