



Einwilligung in die Verarbeitung / den Schutz personenbezogener Daten  
durch die Praxis Dr. Griehl & Dr. Schütte, Paulistr. 16, 59494 Soest

\_\_\_\_\_  
Patient/in

Liebe Patienten,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch die unten aufgeführten Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Datenschutzeinschränkungen und Verarbeitungen Sie einverstanden sind. 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 Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Dr. Tobias Schütte, datenschutzbeauftragter@kieferorthopaedie-soest.de.

1. Recall vor der Behandlung	Eine regelmäßige kieferorthopädische Kontrolle ist sinnvoll und hilft, den idealen Zeitpunkt für eine kieferorthopädische Behandlung zu bestimmen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran per Telefon, Mail, SMS oder Brief.
2. Recall während der Behandlung	Es kommt immer mal vor, dass Sie zu einem vereinbarten Behandlungstermin nicht kommen konnten und versäumten, uns dies mitzuteilen. Kein Problem, in diesen Fällen werden wir Sie per Telefon, Mail, SMS oder Brief kontaktieren, um einen neuen Termin zu vereinbaren. Wir melden uns auch bei Ihnen, wenn wir aus internen Gründen einen Termin verschieben müssen.
3. Aufrufen im Wartezimmer	Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, werden wir Sie mit Namen im Wartezimmer aufrufen und bitten, in ein Behandlungszimmer zu kommen, wenn Sie behandelt werden sollen.
4. Behandlung	Die Behandlung findet im Wesentlichen in einem größeren Behandlungsraum mit mehreren Behandlungsstühlen statt. Ich stimme der Behandlung zu.
5. Hauszahnarzt / Behandlungsübernahme	Zur kollegialen Abstimmung mit- und weiterbehandelnden Kollegen/innen und im Falle einer gewünschten Behandlungsübernahme bin ich mit der Überlassung und Weitergabe der behandlungsspezifischen Unterlagen / Daten einverstanden.
6. EDV-Datenverarbeitung	Auch wir kommen ohne ein komplexes Datenverarbeitungssystem nicht aus, das regelmäßig durch von der KZV Westfalen-Lippe zugelassene Dienstleistungsunternehmen online gewartet werden muss. Weitere spezifische EDV-Programme, die ebenfalls online gewartet werden müssen, dienen der Behandlungsdiagnostik, der Aufbereitung von Medizinprodukten und der Organisation der Praxis. Dienstleister installieren und warten unsere Hard- und Software.

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

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Ariane Griehl und Dr. Tobias Schütte und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Wenn Sie von diesem Formular eine Kopie wünschen, sprechen Sie uns gerne an!! Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik „Download“.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient (ab 16 Jahren)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r