



Datenschutzerklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Krebs, mit den Zugriffen auf die Daten durch meine Zahnärztin oder meine Zahnarzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Krebs meine Röntgenbilder und medizinischen Berichte einfordern und verwenden darf und meine Daten sowie Röntgenbilder, Abdrücke und Befunde im Rahmen meiner Behandlung an Spezialist:innen, andere Zahnärzt:innen resp. Zahntechniker:innen übermittelt werden dürfen.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Zahnärztin resp. meinem Zahnarzt und mir als Patient:in durch die von mir angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Krebs über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen, wie zum Beispiel Terminverschiebungen, mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Bitte wenden →

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Krebs (nachfolgend: Zahnarztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können. Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Zahnarztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Zahnärztin / ihren Zahnarzt.

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch Ihre behandelnde Zahnärztin / ihren behandelnden Zahnarzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Zahnärzt:innen und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die in Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde. Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet. Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben:

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung, Ergänzungsleistung oder Sozialdienst erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vergaben;
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro und/oder Betreibungsamt erfolgt zwecks Inkassos (Einzahlung von fälligen Geldforderungen).

Eine erteilte Einwilligung für eine Datenbearbeitung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, lesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist. Wenn Sie feststellen, oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

In der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Krebs werden Zahnärzte ausgebildet. Es ist deshalb möglich, dass Sie primär von einer Assistenz Zahnärztin resp. einem Assistenz Zahnarzt untersucht und behandelt werden. Alle Entscheidungen werden jedoch stets mit dem Praxisinhaber resp. dessen Stellvertretung abgesprochen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift