

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten  
durch  
Zentrum für Zahnmedizin Dr. von der Gathen**

Sehr geehrte/r Patient/in,

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

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis 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, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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.

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten sind Dres. Jürgen und Johannes von der Gathen.

Haben Sie Fragen, Anregungen oder Wünsche zum Thema Datenschutz wenden sie sich bitte per Mail an [datenschutz@drvondergathen.de](mailto:datenschutz@drvondergathen.de) oder an das Praxispersonal.

1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Brief, Postkarte oder Mail nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Informationsschreiben	In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub. Hierfür werden Sie von uns per Mail informiert.
3. Fotodokumentation ihrer Behandlung	Es kann notwendig sein ihren Behandlungsverlauf anhand von Fotos zu dokumentieren. Diese Fotos geben <u>ausschließlich</u> die Mundsituation wieder. Die gemachten Fotos werden nicht ohne zusätzliche Einwilligung Ihrerseits veröffentlicht, in Zusammenhang mit Publikationen verwendet oder an Dritte weitergegeben.

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

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich das Zentrum für Zahnmedizin Dr. von der Gathen und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

---

# Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten nach Einhaltung der Datenschutzverordnung (DSGVO)

Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Dr. von der Gathen, Hochstraße 37, 46236 Bottrop

Patientenname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

von ihrer Schweigepflicht. Alle unten genannten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten sowie diverse Dokumente (Rezepte o.Ä.) abholen. Diesen Personen erlaube ich ebenfalls, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten. Es handelt sich um folgende Personen/ Institutionen (**z.B. Partner\*in, Eltern, Kinder, etc.**)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung jeder Zeit ganz oder auch teilweise widerrufen werden kann.

Bottrop, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# **Einverständniserklärung für den Recall/ die Terminerinnerung per SMS nach Einhaltung der Datenschutzverordnung (DSGVO)**

Sehr geehrte/r Patient/in,

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

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis 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.

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.

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten sind Dres. Jürgen und Johannes von der Gathen.

Haben Sie Fragen, Anregungen oder Wünsche zum Thema Datenschutz wenden sie sich bitte per Mail an [datenschutz@drvondergathen.de](mailto:datenschutz@drvondergathen.de) oder an das Praxispersonal.

Um Terminausfälle zu vermeiden und Sie rechtzeitig an Ihre bevorstehende Kontrolle zu erinnern, möchten wir Sie per SMS benachrichtigen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

- Ja, ich möchte eine Recallbenachrichtigung per SMS erhalten
- Ja, ich möchte eine Terminerinnerung per SMS erhalten

Aktuelle Handynummer: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_