

Anmeldeformular

- Bitte in Druckbuchstaben schreiben -

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Ggf. Geburtsname _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Wohnort _____ Telefon Festnetz _____

Mobil* _____ Email* _____

Krankenkasse _____

gesetzlich versichert

mit Zusatzversicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

Behandelnder Zahnarzt _____

Versicherter

- falls abweichend vom Patienten -

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Wohnort _____ Telefon Festnetz _____

Mobil* _____ Email* _____

Rechnungsempfänger

- falls abweichend vom Versicherten -

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Wohnort _____ Telefon Festnetz _____

Mobil* _____ Email* _____

***Freiwillige Angabe. Siehe umseitige Erläuterungen.**

Erziehungsberechtigter - falls abweichend vom Versicherten -

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Wohnort _____ Telefon Festnetz _____

Mobil* _____ Email* _____

***Freiwillige Angabe. Siehe nachfolgende Erläuterungen.**

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich die Patienteninformation¹ zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der in der Praxis zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde sowie der Behandlungsverlauf mit dem behandelnden Zahnarzt oder weiteren behandelnden Ärzten besprochen werden. Auch für eine Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen oder das Anfordern derartiger Daten von anderen Heilberufsangehörigen erkläre ich mein Einverständnis. Ich entbinde die Praxis Dr. Dr. Matthias Busemann - beschränkt auf den jeweiligen Verarbeitungszweck - von der Schweigepflicht.

Ich stimme ferner folgenden Punkten zu - **bitte Gewünschtes ankreuzen** -

- Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen per Email an den behandelnden Arzt und/oder Zahnarzt **ja** **nein**
- Erinnerungen an Behandlungstermine per Email und SMS **ja** **nein**
- Versand von Unterlagen/Korrespondenz/Rechnungen durch die Praxis an meine angegebene Email-Adresse **ja** **nein**

Ich habe das Recht, meine Einwilligung durch formlose Mitteilung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

ggf. gesetzlicher Vertreter
(Vorname und Name)

Hinweise zum Datenschutz

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 Aufbewahrungsfrist besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. (Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen).

¹ „FB_Patienteninfo-Datenerhebung“