Zahnarztpraxis
Dr. med. dent.
Marcus A. Köster
Dr. med. dent.
Yvonne Köster
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie
Käthe-Kollwitz-Ring 38-40, 59423 Unna
Tel.:02303/15623 , Fax:02303/2

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (zum Beispiel zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in den Datenschutz

Hiermit willige ich,

Name: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei **Dr. M. Köster und Dr. Yvonne Köster, Käthe Kollwitz Ring 38-40, 59423 Unna** an

□ das Labor : **Alt und Schmidt**, Ernst Becker Strasse 13, 44534 Lünen / *maretec* GbR, Hafenstrasse 4, 59067 Hamm

□ das **Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** Herrmann Klammt Str. 7 , 41460 Neuss

□ den weiterbehandelnden Arzt _____

□ das Krankenhaus _____

□ Sonstiges . _____
weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Gesellschaften beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Ohne diese Einwilligung ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

Unna, den _____ _____

Datum Unterschrift