

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- 1. Übermittlung an Dentallabor** Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahner-satz und Schienen
- 2. Recall-System** Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarzt-besuch
- 3. Abrechnung, Gutachter**

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre **gesetzliche Krankenkasse** und die zuständige **Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen** nach § 294 ff SGB V die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre **Privatkasse** nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Pflichten ist der Zahnarzt verpflichtet notwendige Daten,

- z.B. Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche **Stelle Röntgen** gemäß § 28 der Röntgenverordnung,
- im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung an die **Gemeinsame Prüfungsstelle** der **Zahnärzte und Krankenkassen für den Freistaat Sachsen** nach § 106 SGB V,
- an den **medizinischen Dienst der Krankenkassen** nach §§ 275, 276 SGB V und
- im Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das **Gutachterwesen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband** nach § 2a BMV-Z / § 22 EKVZ

durch die Praxis zu übermitteln.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (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).

den,

Patient/in