**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patienten**

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen  Datenkategorie Datenbeschreibung Empfänger Zweck | | | |
| Abrechnungsdaten | Fakturierung Patienten,  Buchhaltungsdaten , Weiterleitung Medical Invoice (Kontrollstelle für die elektronische Abrechnung) | Medical Invoice, Krankenkasse, Unfallversicherung, Militärversicherung: Mit der Abrechnung beauftragte Personen (z.B. Angehörige/Beistand/  Vormund) | Abrechnung |
| Bonitätsprüfung | Weiterleitung Personendaten |  | Überprüfen der Bonität |
| Individuelle Bestellung  von Medikamenten | Vorname, Nachname, AHV Nr., Geburtsdatum | Pharmaunternehmen/ Apotheke | Medikamentenlieferung  Rezeptausstellung |
| Labordaten | Weitergabe von Personendaten, Fotos intraoral | Kantonsspital Baden | Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien  Biopsien |
| Überweisungen/Berichte an Dritte/Mailverkehr | Untersuchungsergebnisse,  Anamnesedaten,  Verdachtsdiagnosen,  Laborergebnisse, Medikation, Beilagen, Verordnungen | Dritte  Dienstleistungserbringer  Inkl. Vertrauensärzte | Im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken), für den Beizug von Spezialisten «Konsilium») |
| Zahntechnische  Arbeiten | Personendaten, Fotos | Labor Houmard-Brack | Herstellung von Kronen, Prothesen |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss oberer Aufführung einverstanden bin. Weiter gebe ich mein Einverständnis, dass ich den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner Honorarforderung vom Arztzeugnis befreie.

Patienteninformationen werden nur über gesicherte Kommunikationswege an Dritte weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass die direkte Kommunikation zwischen der Zahnarztpraxis und mir betreffend administrative und zahnmedizinischer Anliegen in unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen. Ich bin mir der damit zusammenhängenden Risiken bewusst.

Alle darüber hinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtsmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weitere, detaillierte Informationen zu unserem Datenschutz entnehmen Sie bitte dem «Informationsblatt Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten», welche auch auf unser Homepage [www.zahnstark-wuerenlos.ch](http://www.zahnstark-wuerenlos.ch) abrufbar ist.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung/Übermittlung meiner oben aufgeführten Daten ein.

Würenlos,

Ort, Datum Name Patient oder gesetzlicher Vertreter