

Einwilligung in die Übermittlung personenbezogener Daten an die prodent consult GmbH zu Abrechnungszwecken

Zur Durchführung der Abrechnungscodierung der ärztlichen und/oder zahnärztlichen Tätigkeit erbringt die prodent consult GmbH, Goethering 56 in 63067 Offenbach (nachfolgend genannt: „prodent consult“) Abrechnungsdienstleistungen im Auftrag für Ihre Zahnärztin / Ihren Zahnarzt

_____, Anschrift: _____

(nachfolgend genannt: „Verantwortlicher“). Damit prodent consult die Abrechnungscodierung durchführen kann, bedarf es einer Übermittlung und damit einer Verarbeitung der von Ihnen bereitgestellten, personenbezogenen und patientenbezogenen Daten durch den Verantwortlichen an prodent consult.

Zur Durchführung der Abrechnungscodierung kann es unter Umständen auch erforderlich sein, besonders schützenswerte Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO, namentlich Daten, die Ihr Patientenverhältnis betreffen, an prodent consult zu übermitteln. Dies können, je nachdem, welche Daten konkret für die Durchführung der Abrechnungscodierung erforderlich sind, auch Gesundheitsdaten sein.

Alle Personen, die in Berührung mit Ihren personenbezogenen Daten kommen, sind zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Zudem hat der Verantwortliche mit prodent consult zur Wahrung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften einen gesonderten Auftragsverarbeitungsvertrag geschlossen, durch den sich prodent consult zur Verarbeitung der übermittelten personenbezogenen Daten im Auftrag und nach den Weisungen des Verantwortlichen verpflichtet ist.

Hiermit erkläre ich, soweit ich bereits 14 Jahre alt bin,

Frau / Herr _____, Anschrift: _____,

sowie für den Fall dass ich noch nicht 18 Jahre alt bin, zusätzlich meine beiden Eltern bzw. Personensorgeberechtigten,

Frau / Herr _____, Anschrift: _____,

Frau / Herr _____, Anschrift: _____,

das Einverständnis, dass meine personenbezogenen und patientenbezogenen Daten in vorstehendem Umfang zu vorstehenden Zwecken an die prodent consult übermittelt werden. Diese Einwilligungserklärung wird der Verantwortliche in meine Patientendokumentation aufnehmen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem Verantwortlichem widerrufen kann.

Durch einen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

_____, den _____

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Unterschriften beider Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich, soweit ich bereits 14 Jahre alt bin, bzw. für den Fall dass ich noch nicht 18 Jahre alt bin, zusätzlich meine beiden oben genannten Eltern (§ 1629 Abs. 1 S. 2 BGB) bzw. Personensorgeberechtigten, das Einverständnis, dass auch meine personenbezogenen Daten der oben genannten besonderen Kategorien gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO in vorstehendem Umfang zu vorstehenden Zwecken an die prodent consult übermittelt werden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem Verantwortlichem widerrufen kann. Durch einen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

_____, den _____

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Unterschriften beider Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten