

Name, Vorname des Patienten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherungsnummer

Status

Arzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Praxisstempel

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

geb. am

Bitte zusätzliche Kontaktdaten angeben (Telefon, E-Mail, Handy)

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

als exklusiver Service für Versicherte der DKV und Victoria

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Vereinfachung der Verwaltung und Organisation in unserer Praxis und zu Ihrer Entlastung besteht nach Erstellung der Behandlungsplanung die Möglichkeit, dass wir für Sie direkt bei Ihrer privaten Krankenversicherung, eine Kostenerstattungsusage im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes einholen. Selbstverständlich werden wir Sie umgehend über das Ergebnis informieren.

Auftretende Fragen könnten wir direkt für Sie mit Ihrer privaten Krankenversicherung klären.

Hierfür ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten – an Ihre private Krankenversicherung übermitteln und im Gegenzug Informationen über Ihren Versicherungsschutz erheben. Ihre personenbezogenen Daten werden nur zu dem eingangs genannten Zweck erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Übermittlung an außen stehende Personen oder Stellen erfolgt nicht. Wenn Sie an dem vorgenannten Verfahren teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die nachfolgende Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Einverständniserklärung zur Teilnahme

Ja, ich bitte meine Zahnarztpraxis (Praxisstempel) nach Erstellung der Behandlungsplanung für mich direkt bei meiner privaten Krankenversicherung eine Kostenzusage einzuholen.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Zu diesem Zweck willige ich ein, dass meine Zahnarztpraxis personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten (die für mich erstellten Heil- und Kostenpläne, weitere personenbezogene Daten aus der Patientenkartei), direkt an meine private Krankenversicherung übermittelt, soweit dies zur Durchführung des Verfahrens erforderlich ist. Weiter willige ich ein, dass meine Zahnarztpraxis – soweit erforderlich – personenbezogene Daten über die Leistungsinhalte (Tarifbedingungen) meines Zahnversicherungsschutzes erhebt. Ich willige auch ein, dass meine private Krankenversicherung und meine Zahnarztpraxis die entsprechenden personenbezogenen Daten – auch Gesundheitsdaten – verarbeitet und nutzt, soweit dies für das jeweils angekreuzte Verfahren erforderlich ist.

Zu diesem Zweck entbinde ich sowohl die Mitarbeiter meiner Zahnarztpraxis als auch die Angehörigen meiner privaten Krankenversicherung von ihrer Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über das Verfahren ausreichend informiert wurde und diesem zustimme. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit ganz oder teilweise, von mir schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf bleibt ohne Einfluss auf den eigentlichen Behandlungsvertrag. Dieser ist auch dann wirksam, wenn diese Erklärung nicht unterschrieben oder später von mir widerrufen wird.

Mir ist bekannt, dass ich über meine personenbezogenen Daten selektiv verfügen kann. Daher ist auch die Streichung einzelner Passagen der obigen Einwilligungserklärung möglich. Mir ist jedoch auch bekannt, dass dann das Verfahren nicht mehr in vollem Umfang oder gar nicht mehr durchgeführt werden kann.

Datum, Unterschrift Patient /ggf. gesetzlicher Vertreter*

* Bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen und beschränkt Geschäftsfähigen sind die Angaben und ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Bei Minderjährigen wird mit 16 Jahren angenommen, dass sie die notwendige Einsichtsfähigkeit besitzen, um die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung selbst abgeben zu können. In diesem Fall ist neben der Unterschrift des gesetzlichen Vertreters die Unterschrift des minderjährigen Patienten erforderlich.