

Datenschutzrechtliche Einwilligung durch den Patienten für eine Behandlung mit Zahnersatz nach § 55 SGB V Abs. 1, 4 und 5

* _____
Behandelnder Zahnarzt

* _____
Abrechnungsnummer

* _____
Name

* _____
Vorname

* _____
Geburtsdatum

* _____
Krankenversichertennummer

Wir benötigen von Ihnen für die Bearbeitung Ihres Heil- und Kostenplanes einige persönliche Angaben. Die Felder sind entsprechend als Pflichtfeld eingerichtet (*). Wir benötigen für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Empfänger Ihrer Daten wird die AOK Niedersachsen sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis.

Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet. Der Heil- und Kostenplan wird nach erfolgter Genehmigung an den oben angegebenen Zahnarzt gesendet.

Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen den Heil- und Kostenplan nach erfolgter Genehmigung an den oben angegebenen Zahnarzt sendet.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Patienten
(bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich)