

Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung von Termindaten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Name der Praxis: Zahnärzte Thiel Torgau
Adresse der Praxis: August-Bebel-Str. 5, 04860 Torgau
Datenschutzbeauftragte(r)
der Praxis: Dr. Juliane Thiel

Stempel der Praxis:

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dipl.-Stom. Heiko Thiel
Dipl.-Stom. Kathrin Thiel
Dr.med.dent. Juliane Thiel
August-Bebel-Str 5
04860 Torgau
Tel. 03421 / 71 15 55
Fax. 03421 / 71 03 05
zahnärzte-thiel@gmx.de

Ich möchte den Terminbenachrichtigungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte übermitteln Sie mir zukünftig Informationen zu vereinbarten Terminen im Anschluss an die Terminvergabe oder im Anschluss an eine vorgemerkte Terminvereinbarung zur Vergabe über die CGM LIFE eSERVICES eTERMINE an meine hinterlegten Kontaktdaten.

Ich möchte mittels der folgenden Services informiert werden:

- UMS, Termininformationen via SMS und/oder E-Mail (Name, Termindatum und Uhrzeit)
- Terminbestätigung via E-Mail (Name, Termindatum und Uhrzeit, Arzt/Ärztin, ggf. Terminart) bzw. via E-Mail über CGM LIFE eSERVICES (Name, Termindatum und Uhrzeit, Arzt/Ärztin)
- Benachrichtigung über ausstehende Terminvereinbarungen via E-Mail über CGM LIFE eSERVICES (Name)

Bei lizenzierter Anbindung an CGM LIFE eSERVICES werden Patienten- und Termindaten des Patienten mit CGM LIFE eSERVICES ausgetauscht.

Bei installierter Anbindung an das UMS-Modul werden Patienten- und Termindaten des Patienten an diesen per E-Mail und/oder SMS übermittelt. Hierzu werden die Daten verschlüsselt an den Provider telemed übermittelt. Die Übermittlung der Nachrichten vom Provider an den Patienten erfolgt über unverschlüsselte SMS oder E-Mail.

Bei lizenziertem Modul „Terminbestätigung per E-Mail“ werden Patienten- und Termindaten des Patienten an diesen per E-Mail übermittelt. Hierzu werden die Daten verschlüsselt an einen Server der CGM übermittelt. Die Übermittlung der Nachrichten von diesem Server an den Patienten erfolgt über unverschlüsselte E-Mail.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten sowie deren Speicherdauer verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber der oben genannten Praxis.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres müssen die Erziehungsberechtigten einwilligen, bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres diese selbst und die Erziehungsberechtigten.

[Ort, Datum],[bei Volljährigkeit Unterschrift der Patientin/ des Patienten]

_____ und _____
[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten] [ab dem 16. Geburtstag: Unterschrift des/ der Minderjährigen]