

▶ **Petra Brunner-Ibbels**

Master of Science: Kieferorthopädie
Ästhetische u. rekonstruktive Zahnmedizin



▶ **Dr. Elmar Ibbels**

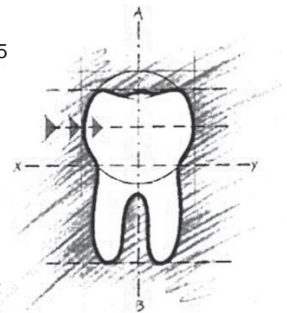
Master of Science: Implantologie
Master of Science: Parodontologie
Ästhetische u. rekonstruktive Zahnmedizin

- ▶ Kieferorthopädie
- ▶ Narkose-Behandlung
- ▶ Kinderbehandlung
- ▶ Implantologie
- ▶ Kiefergelenk-Diagnostik
- ▶ Akupunktur/Homöopathie
- ▶ Zertifiz. DVT-Diagnostik
- ▶ Parodontologie/Laser
- ▶ Mikrobiol. Diagnostik
- ▶ Schlaf-Medizin/Schlafapnoe

- ▶ QM-Zertifizierung nach ISO 9001: 2015



- ▶  Barrierefreier Praxiszugang
- ▶  Direkt an der Praxis, rollstuhlgerecht



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von _____

Anschrift _____

Ich bin mit der Erhebung meiner Daten, der Datenverarbeitung und -nutzung durch die Gemeinschaftspraxis Brunner-Ibbels zu folgenden Zwecken einverstanden: Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zur Verfassung von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/ oder Abrechnungsgesellschaften weitergegeben oder übermittelt werden, um zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt zu werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich wurde darüber informiert, dass

- meine persönlichen Daten im Rahmen der oben genannten Zwecke unter Beachtung des DS-GVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Auch kann ich die Korrektur unrichtiger Daten verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, unter bestimmten Voraussetzungen, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an o. g. Dritte weiterleiten, die ihrerseits meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, ggf. Erziehungsberechtigten