

zahnarztpraxis



Dr. Großmann
Dipl.-Med. Muerau

Carl-Bobach-Straße 2, 09120 Chemnitz
Tel.: 0371 22 11 47, Fax: 0371 2 67 88 23
E-Mail: grossmann.muerau@t-online.de
www.zahnaerzte-grossmann-muerau.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Um einen reibungslosen Verlauf der Behandlung zu gewährleisten, arbeiten wir in unserer Praxis nach einem Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir die mit Ihnen vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert haben. Dieses Bestellsystem sichert uns einen organisierten Tagesablauf und vermeidet unnötige Wartezeiten für unsere Patienten. Daher möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Sie einen vereinbarten Termin spätestens 24-48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir diese Zeit ggf. anderweitig verplanen können. Zum Beispiel könnten wir andere Patienten, für die wir erst in 6- 8 Wochen Zeit haben vorziehen. Sollte dies nicht rechtzeitig geschehen, sind wir im Sinne des §615 BGB berechtigt, das Ausfallhonorar (Honorar, was für diese Sitzung angefallen wäre) abzüglich der ersparten Aufwendungen im Falle der Behandlung in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger

Unterschrift Zahnarzt

Einverständniserklärung des Patienten an die Vorsorgeerinnerung

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die halbjährliche Zahnvorsorgeuntersuchung erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden. Die Erinnerung erfolgt durch uns schriftlich.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger

Unterschrift Zahnarzt

Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-DatenschutzGrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (Z.B. in Arztbriefen) Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Ich bin damit einverstanden, dass o Wir, Auskünfte Ihrer privaten Zusatzversicherung geben dürfen o Wir, Röntgenbilder verschlüsselt an mitbehandelnde Ärzte, z.B. Kieferchirurgen weiterleiten dürfen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger

Unterschrift Zahnarzt