

Einwilligung in die Datenübermittlung und Datenverarbeitung

Ich wurde von meinem behandelnden Zahnarzt
Herr / Frau Dr. med. dent. _____
darüber aufgeklärt, dass bei mir eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Erkrankung vorliegt.

Unter Darstellung der zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen hat mir mein Zahnarzt empfohlen, die kieferorthopädische Behandlung unter Inanspruchnahme der Leistungen der orthocaps GmbH durchzuführen.

Mein Zahnarzt hat mir die Leistungen der orthocaps GmbH und deren Entbindung in den Behandlungsablauf näher erläutert. Ich hatte die Möglichkeit, hierzu Fragen zu stellen. Ich habe die mir erteilten Informationen verstanden und treffe die nachfolgenden Entscheidungen:

1. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheits- und Krankendaten in dem für die Vorbereitung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlichen Umfang von meinem Zahnarzt an die orthocaps GmbH weitergegeben und von dieser verarbeitet werden.
 2. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die mich betreffenden, an die orthocaps GmbH übermittelten Daten, soweit sie elektronisch verarbeitet werden können, von der orthocaps GmbH verschlüsselt auf einem Datenspeicher (Server) der Firma I & I Internet AG gespeichert werden.
 3. Hierzu entbinde ich meinen Zahnarzt ausdrücklich von der zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber der orthocaps GmbH sowie der I & I Internet AG.
 4. Mir ist bekannt, dass körperliche Unterlagen wie Abdrücke und Studienmodelle von der orthocaps GmbH nur solange aufbewahrt werden, wie dies für eine ordnungsgemäße Behandlung durch meinen Zahnarzt bzw. die Herstellung individuell angefertigter kieferorthopädischer Behandlungsgeräte erforderlich ist.
 5. Schließlich bin ich damit einverstanden, dass die orthocaps GmbH Daten und Unterlagen, z. B. Abdrücke, Röntgenbilder, Fotografien, Filme und Studienmodelle usw. für kieferorthopädische/zahnmedizinische Konsultationen, Weiterbildungen und Forschungszwecke, Publikationen in Fachmagazinen oder für professionelle Begleitmaterialien nutzt, soweit die entsprechenden Daten und Unterlagen anonymisiert werden und dadurch Rückschlüsse auf meine Person ausgeschlossen sind.
- Eine Kopie der Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

(Ort, Datum)

Unterschrift Patient bzw.
Versicherter

Haftungsausschluss: Die Ortho Caps GmbH, nachfolgend „orthocaps“, übernimmt für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der Inhalte keine Garantie.

Urheberrecht: Alle Rechte bleiben vorbehalten. Informationen oder Daten dieses Dokuments dürfen ohne vorherige Zustimmung von orthocaps in keiner Form verwertet werden (§15UrhG).