

Einwilligungserklärung

Entbindung vom Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen

In Zusammenhang mit meinen Daten, die an die Zahnärztekasse AG übermittelt werden, entbinde ich hiermit die Zahnärzte ausdrücklich von ihrem Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen.

Einwilligung zur Datenbearbeitung

Ich habe von den Informationen über die Datenbearbeitung auf der Rückseite dieses Formulars Kenntnis genommen und willige ausdrücklich ein, dass

- die auf der Rückseite erwähnten Daten zum angegebenen Zweck bearbeitet werden,
- die auf der Rückseite erwähnten Daten an die Zahnärztekasse AG zur Bearbeitung durch diese oder Dritte übermittelt werden,
- die Bonitätsdaten an Dritte übermittelt werden.

Meine Entbindung vom Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen und meine Einwilligung zur Datenbearbeitung gelten bis ich diese widerrufe. Ich kann meinen Widerruf an die Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle (siehe Rückseite) senden.

.....
Name/Vorname (in Blockschrift)

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Patienten resp. dessen gesetzlichen Vertreters

Information über die Datenbearbeitung

Im Rahmen der Erbringung und Erfassung der zahnärztlichen Leistungen, deren Fakturierung und Eintreibung bearbeiten wir Ihre persönlichen Daten.

Verantwortlich für die Bearbeitung ist

.....
(Name des Zahnarztes resp. der Zahnarztpraxis (durch Praxis einzusetzen))

Sie können unsere verantwortliche Stelle unter den nachfolgend genannten Kontaktdaten erreichen:

.....
.....
(Adresse und E-Mail (durch Praxis einzusetzen))

Sie können jederzeit unentgeltlich Auskunft über Ihre von uns bearbeiteten Daten erhalten sowie Ihr Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer Daten geltend machen. Wenn Sie mit der Datenbearbeitung nicht einverstanden sind, können Sie dies dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) oder der zuständigen Aufsichtsbehörde in der EU melden.

Wir bearbeiten folgende Daten über Sie:

- Name, Vorname, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Zivilstand
- Gesundheitsdaten,
- gesetzlicher Vertreter, falls ein solcher besteht,
- Bonitätsdaten, und

.....
(allfällige weitere Daten, z. B. Daten von Ämtern (durch Praxis einzusetzen)).

Wir bearbeiten diese Daten ausschliesslich zum Zweck, unsere zahnärztlichen Leistungen zu erbringen, diese fakturieren zu lassen und bei Ausbleiben der Zahlung Inkassomassnahmen zu ermöglichen. Wir bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland (insbesondere bei Verwendung von Cloud-Lösungen) und nur so lange als wir diese benötigen.

Die Zahnärztekasse AG übernimmt für uns die Fakturierung und die Überwachung unserer Forderungen. Die Zahnärztekasse AG kann für die Erbringung der Inkasso-Dienstleistungen Inkassounternehmen in der Schweiz oder im Ausland beauftragen. Die Zahnärztekasse AG, die Inkasso- unternehmen und Dritte bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland.

Die Zahnärztekasse AG und die Inkassounternehmen übermitteln zudem Bonitätsdaten (u.a. Daten betreffend unbestrittene Forderungen, die nach Fälligkeit unbeglichen bleiben, Betreuungsinformation und Adressdaten), die Sie betreffen, an Dritte weiter (insbesondere an CRIF AG). Diese Dritte können diese Informationen zur Überprüfung Ihrer Identität und Bonität verwenden und diese Informationen an weitere Dritte übermitteln. Die Zahlungshistorie kann von den Dritten (z. B. CRIF AG) auf Basis mathematisch-statistischer Berechnungsmethoden analysiert werden, um automatisierte Entscheidungsprozesse zu ermöglichen und insbesondere die Bonität einer Person zu bewerten. Weitere Informationen über die Datenbearbeitung der CRIF AG finden Sie auf der Website der CRIF AG (<http://www.mycrifdata.ch/#/dsg>, Stand Januar 2019).

Ihre Zahnarztpraxis

.....
(Name des Zahnarztes resp. der Zahnarztpraxis (durch Praxis einzusetzen))