

# Patientenwahlrecht und Datenschutzrechtliche Einwilligung



Therapiebereich Zahnheilkunde

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Patient / Bewohner	Ggf. Vertreter/Berechtigter
Geburtsdatum	Krankenkasse
Straße, Nr.	Versichertennummer
PLZ, Ort	Pflegestufe
Email	Telefon / Mobil

## Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.

Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch Homedent (Homedent ist eine Marke der pur:dental Münster MVZ GmbH; Friedrich-Ebert-Str. 20; 64839 Münster. Leistungserbringer sind die Pur dental MVZ GmbHs) durchführen zu lassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient & ggf. Vertreter

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die pur:dental Münster MVZ GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Kategorien“ nach DSGVO Art. 9 Abs. 1 besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt. Wir, die pur:dental Münster MVZ GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen! Hierzu genügt eine Benachrichtigung an die pur:dental Münster MVZ GmbH (datenschutz-muenster@purdental.de).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient & ggf. Vertreter