

## Formulier toestemming AVG

Op 25 mei 2018 treedt de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in werking. De AVG brengt voor de zelfstandig ondernemende mondhygiënist een aantal verplichtingen met zich mee.

Een daarvan is de verplichting om u, als cliënt van Praktijk voor Mondhygiëne Schonauwen, op de hoogte te brengen van de privacyverklaring die gebruikt wordt in onze praktijk en dat u aangeeft akkoord te gaan met onderstaande.

Zonder akkoord voor het onderstaande is het voor ons als mondhygiënisten van Praktijk voor Mondhygiëne Schonauwen niet mogelijk om u kwalitatief goed en veilig te kunnen behandelen. Wanneer u niet akkoord gaat kunnen wij u helaas niet als patiënt in onze praktijk opnemen, dan wel de behandelrelatie met u voortzetten.

\* Graag uw antwoord omcirkelen

U heeft de privacyverklaring ingezien en bent ermee bekend	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het gebruik van uw persoonsgegevens, zoals naam, adres, telefoonnummer, BSN nummer, geboortedatum, verzekeringsgegevens en e-mailadres in uw dossier	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het vastleggen van uw medische gegevens, medicatiegegevens, tandheelkundige gegevens en röntgenfoto's in het belang van uw behandeling	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het opvragen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend tandarts/ andere mondzorgverlener	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend specialist indien noodzakelijk is om op verantwoorde manier uw behandeling uit te kunnen voeren	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres voor het versturen van de factuur	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het factureren van uw behandeling via een factormaatschappij	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres voor het maken of wijzigen van een afspraak en voor de afspraakherinnering	ja/ nee *
U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres voor het verstrekken van algemene praktijkinformatie over mondgezondheid via een nieuwsbrief, 6-8 x per jaar	ja/ nee *
U geeft toestemming uw dossier te delen met uw (nieuwe) tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgverlener	ja/ nee *

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening: