

MediKompass GmbH

FAX: 089/124 13 88 11

Service-Team

Hirschbergstr. 8

80634 München

## Einwilligung in den Eingabe-Service der MediKompass GmbH

[Bitte das Formular leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen]

Ich,

\_\_\_\_\_  
[Anonymer Benutzername]

, übersende Ihnen ANONYMISIERTE Dokumente zu meiner geplanten Zahnbehandlung (Heil- und Kostenplan, Private Zusatzvereinbarungen, Privater Kostenplan, Röntgenbilder oder ähnliches), damit diese Daten für einen Preisvergleich auf Portalen der MediKompass GmbH (medikompass.de, arzt-preisvergleich.ch, zahngesund.de oder schoenheitsgebot.de) eingestellt werden.

Der Preisvergleich soll regional für \_\_\_\_\_ (Ort bzw. Stadt), \_\_\_\_\_ (PLZ), durchgeführt werden. Zusätzlich soll ein Umkreis von ca. 0 - \_\_\_\_\_ (km) eingeschlossen werden. Der Eingabe-Service ist kostenlos.

Ich bin damit einverstanden, dass Details zu meiner Behandlung wie sie in den übersandten Plänen aufgeführt sind, sog. Gesundheitsdaten, durch die MediKompass GmbH gespeichert, verarbeitet und anonym auf den Portalen zum Zwecke eines Preisvergleichs veröffentlicht werden. Öffentlich einsehbar sind hierbei nur anonyme Daten. Etwaige Fotos oder Röntgenaufnahmen sind nur für registrierte Ärzte einsehbar.

Für den Fall, dass einer der mitbietenden Zahnärzte auf den Preisvergleich-Portalen diese Pläne sehen möchte, um zu entscheiden, ob er ein Angebot abgeben möchte, bin ich damit einverstanden, dass die ANONYMISIERTEN Dokumente diesem Zahnarzt in Ihrer Gänze zugänglich gemacht werden.

Im Übrigen gelten die AGB und Datenschutzerklärung der MediKompass GmbH, welchen ich bei meiner Anmeldung auf dem Portal zugestimmt habe. Diese Dokumente sind auf den Portalen einsehbar und ich nehme Sie erneut zur Kenntnis.

Diese Einwilligung kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ich versichere, dass das Benutzerkonto, welches zu dem obengenannten Benutzernamen gehört, mein Benutzerkonto ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift