

## Ter kennisgeving en toestemming cameratoezicht (per 1 februari 2026)

Tandartspraktijk Core Dental  
Willemstraat 27  
7551 DL Hengelo

### Informatie over cameratoezicht

Binnen onze tandartspraktijk wordt gebruik gemaakt van **cameratoezicht, inclusief in behandelkamers**. Dit cameratoezicht wordt toegepast **uitsluitend ter waarborging van de veiligheid** van patiënten en medewerkers en ter preventie en/of vastlegging van incidenten. De camera's zijn niet geplaatst in toiletten of andere ruimtes waar privacy is vereist.

Wij zijn ons bewust van de privacy gevoeligheid van cameratoezicht in behandelruimtes en handelen conform de **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**.

### Doel van het cameratoezicht

- Waarborgen van de veiligheid van patiënten en medewerkers
- Preventie en registratie van agressie, grensoverschrijdend gedrag of incidenten
- Ondersteuning bij onderzoek naar incidenten indien noodzakelijk

De camera's worden **niet gebruikt** voor:

- Beoordeling van medische behandelingen
- Controle van werkprestaties
- Opleidingsdoeleinden

### Omgang met camerabeelden

- Camerabeelden worden vertrouwelijk en zorgvuldig behandeld
- Beelden worden alleen bekeken door daartoe bevoegde personen
- Beelden worden niet langer bewaard dan strikt noodzakelijk
- Beelden worden niet verstrekt aan derden, tenzij dit wettelijk verplicht is (bijv. politie of justitie)

### Uw rechten

U heeft het recht om:

- Inzage te vragen in camerabeelden waarop u herkenbaar bent
- Correctie of verwijdering van beelden te verzoeken, voor zover wettelijk toegestaan
- Uw toestemming **op ieder moment in te trekken**

## Toestemmingsverklaring

Ondergetekende verklaart hierbij:

- Volledig geïnformeerd te zijn over het cameratoezicht binnen de tandartspraktijk
- Te begrijpen dat cameratoezicht plaatsvindt **ook in de behandelkamer**
- De informatie hierboven te hebben gelezen en begrepen
- **Vrijwillig en uitdrukkelijk toestemming** te geven voor cameratoezicht tijdens de behandeling

**Ik geef toestemming voor cameratoezicht in de behandelkamer**

**Naam patiënt:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Handtekening patiënt/ wettelijk vertegenwoordiger:** .....

**Datum:** .....

---

## Toestemmingsverklaring cameratoezicht minderjarige patiënt

Ondergetekende, wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige patiënt, verklaart hierbij:

**Ik geef hierbij uitdrukkelijk en vrijwillig toestemming** voor cameratoezicht tijdens de behandeling van de minderjarige patiënt.

**Naam minderjarige patiënt:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Naam wettelijk vertegenwoordiger:** .....

**Relatie tot patiënt:** .....

**Handtekening:** .....

**Datum:** .....