

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname , Name

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Drs. Frank / Azirovic meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Im Wartezimmer ist ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Einsicht ausgehängt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen .

ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Zahnärzten/Kieferchirurgen/ Kieferorthopäden/ Krankenkassen und Leistungserbringern (Dentallabor) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Mitbehandler und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, das ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu, Insbesondere bin ich mit **Terminerinnerungen** einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /gesetzlicher Vertreter