



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt (Kieferchirurg, Kieferorthopäde, Hausarzt usw.), einem Physiotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an andere Leistungserbringer, die für meine weitere Behandlung notwendig sind, weitergibt. Diese Informationen dürfen nur zur Dokumentation, der weiteren Behandlung und zum Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen verwendet werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlagen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist der Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ort

Unterschrift des Patienten

Datum