

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir dürfen ihre Daten nur dann an Dritte weitergeben, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die zahnärztliche Behandlung bei Zahnärztin Sara Fritz / Zahnarzt Tilman Fritz, Turmstr.40, 53359 Rheinbach, an

- Den behandelnden Arzt _____ (Name)
- Zahntechnisches Labor Blumstengel (Rheinbach) oder Kurth & Ewers (Bornheim)
- Sonstige/r _____ (Name)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Zahnärztin / dem Zahnarzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO); bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Zahnärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Zahnärzte / Ärzte von der Schweigepflicht.

(siehe Rückseite)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener
Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO



Um Ihnen weitere Service – Angebote wie unseren Recall anbieten zu können, benötigen wir noch folgende Daten von Ihnen:

- E-Mail: _____
- Tel. – Nummer: _____
- Handy – Nummer _____

Hiermit willige ich ein, dass ich damit einverstanden bin, dass Zahnärztin Sara Fritz / Zahnarzt Tilman Fritz, Turmstraße 40, 53359 Rheinbach meine Daten für einen Erinnerungsservice (Recall) für wiederkehrende Vorsorge – Untersuchungen per (bitte zutreffenden ankreuzen)

- Postkarte
- E-Mail
- Telefon
- SMS

verwenden darf.

(Die Einwilligung zum Recall ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.)

Rheinbach, den _____
Datum Unterschrift