

EINWILLIGUNG

ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Unser Ziel ist es, eine professionelle und reibungslose Behandlung zu gewährleisten. Dazu benötigen wir gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Ihre explizite Zustimmung zu den nachfolgenden Punkten:

Ich

.....
Name

Vorname

Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

willige ein, dass die Zahnarztpraxis Eichinger, Lorenz & Kollegen mich betreffende Behandlungsdaten und/oder Befunde einschließlich Röntgenbilder und Fotos im Rahmen der Behandlung

- bei anderen zahnärztlichen Praxen und/oder meinem Hausarzt anfordern darf
- an andere zahnärztliche Praxen (Mit- und Nachbehandler; z.B. Kieferorthopädie, Oralchirurgie) weitergeben darf
- an ein externes Dentallabor zur Herstellung von Zahnersatz weitergeben darf
- mich per SMS, E-Mail oder Telefon (nicht Gewünschtes bitte streichen) an meine Termine und sinnvolle Behandlungen erinnert
- folgenden Personen Auskunft über meine Gesundheitsdaten (inkl. Rezept, AU etc.) erteilt wird.
Ich entbinde die Zahnarztpraxis Eichinger, Lorenz & Kollegen dafür von der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Geburtsdatum, Adresse der auskunftsberechtigten Person

HINWEIS

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise uns gegenüber und ohne Angabe von Gründen schriftlich oder per E-Mail widersprochen werden. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft. Für andere als die unten genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis Ihre Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Passau, den

Datum

Unterschrift Patient*in oder Sorgeberechtigte*r