

Einwilligungserklärung zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

Gem. §73 Abs1b SGB V

Ich _____

Name, Vorname Patient

Erkläre mich damit einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Elke Z. Sarkissian, Espenstrasse 2, 78176 Blumberg, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Das Informationsblatt zum Datenschutz ist in der Praxis ausgestellt und einsehbar, zu welchen 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 und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringern übermittelt werden dürfen.
- Darunter fallen beispielsweise Dentallabore, die zur Erstellung bestimmter Arbeiten in Anspruch genommen werden.

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

Ich stimme der halbjährlichen Recall-Terminerinnerung zur Vorsorgeuntersuchung zu:

☐ Ja ☐ Nein

Ich stimme dem Kontakt per e-mail mit der Praxis zu :

☐ Ja ☐ Nein

Blumberg, den

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzl. Vertreters