

Einwilligungserklärung zur Erhebung & Übermittlung von Patientendaten

Ich

Nachname, Vorname, Geburtsdatum – Patient

ggf. Nachname, Vorname, Geburtsdatum – Erziehungsberechtigter

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Johannes und Dr. Daniela Wörz meine Patientendaten/die meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis liegt jederzeit offen und zugänglich für mich im Wartezimmer aus, folgende Rückfragen konnte ich stellen:

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Zahnärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Sollte ich den Zahnarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass meine bisherige Zahnarztpraxis meinem neuen Zahnarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Zahnarzt diese Unterlagen in der bisherigen Zahnarztpraxis anfordert.

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

Datum, Unterschrift