

## Einwilligung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Bönner & Kollegen meine Patientendaten erhoben und weiterverarbeitet werden. Mir wurde auf Verlangen ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich 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

meine personenbezogenen Daten gemäß DSGVO 2018 elektronisch gespeichert werden.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Zahnärzten, Ärzten, Physiotherapeuten, Zahntechnikern und anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Zahnärzte, Ärzte, Physiotherapeuten, Zahntechniker und andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (Blutwerte) und oder auch für histologische und zytologische Untersuchungen hinzugezogen werden, die für Behandlung und Diagnostik erforderlich sind.

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

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meine Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw  
Erziehungsberechtigter/Vormund