

## **PATIENTENEINWILLIGUNG für Auskunft an Angehörige, Erziehungsberechtigte oder Betreuer**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) oder wie Ihre Einwilligung erhalten haben (Unterschrift auf Datenschutzformular).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung weiter geben zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung!

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### **EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE**

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_,

dass ich damit einverstanden bin, dass die

**Zahnarztpraxis Dres. Ronneburg, Bahnhofstraße 24, 95111 Rehau**

meine Daten an (z. B. Angehörige, Erziehungsberechtigte, Lebenspartner, etc  
-> bitte namentlich angeben!!):

\_\_\_\_\_

weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber meinen Zahnärzten nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
Erziehungsberechtigter

**Ich möchte bitte an die Vereinbarung meiner Routine-Kontrolltermine erinnert werden (Recall):**

- Nein     Ja, telefonisch     Ja, per E-Mail:  
Wenn ja:     1x jährlich     2x jährlich

**Gleichzeitig entbinde ich Dres. Ronneburg von der Schweigepflicht gegenüber vor-, mit- oder weiterbehandelnden Zahnärzten, Ärzten oder Ausübenden anderer Heilberufe, medizinischen Einrichtungen, Dentallaboren und Gutachtern.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
Erziehungsberechtigter