



Dr. Sven Döring
Friedensstraße 16
41564 Kaarst
Fon: 02131-5230860

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname (Patient)

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die Zahnarztpraxis Dr. Sven Döring Ihre auf dem Anmeldebogen angegebenen, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines zahnärztlichen Behandlungsvertrages - auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen - erheben und für unbestimmte Zeit nutzen darf. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung erteilen Sie nachfolgend freiwillig.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (Unzutreffendes bitte streichen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen zahnärztlicher Überweisung an andere Arztpraxen/Kliniken übermittelt werden dürfen (beispielsweise Röntgenaufnahmen).
- Ich willige ein, dass mich die Zahnarztpraxis telefonisch oder via E-Mail kontaktieren darf (beispielsweise für bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen zwecks Terminvereinbarung).

Um eine reibungslose zahnärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Zahnärzten/Therapeuten so wie dem Assistenzpersonal genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Auf Grundlage § 630 f Abs. 3 BGB (§ 12 Abs. 1 MBO-Zahnärzte) bleiben Ihre Behandlungsunterlagen für 10 Jahre gespeichert

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters