



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. Dippel meine Patientendaten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte/ Zahnärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise Labore, die zur Erstellung von bestimmten Leistungen (etwa Zahntechnik od. Zell- u. Bakterienuntersuchungen) in Anspruch genommen werden, die für Diagnosen und Behandlungen erforderlich sind.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Zahnärzten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich bin einverstanden, dass meine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur Terminerinnerung oder für Hinweise/ Informationen an mich zu meinem Behandlungsfall verwendet werden können. Sollten sich unter der von Ihnen angegebenen Telefonnummer Ihr/ Ihre Lebenspartner/in oder Familienangehörige melden, bin ich einverstanden, dass ich über diese an meinen Termin erinnert werde.

Sie erhalten keine Newsletter oder Werbung.

Sollte der/ die Inhaber dieser Praxis wechseln, so stimme ich der Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den/ die neuen Inhaber zu.

Ich bin berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann jederzeit deren Berichtigung oder Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum



Unterschrift Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter