



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Patient/in:

Name _____ **Vorname** _____

Adresse _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. der Behandlung innerhalb eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses und der Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Heidelberg, den

.....
Unterschrift Patient/in

Einverständniserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (z.B. Befunde, Röntgenbilder) zwecks Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt/Zahnarzt bzw. zur Begutachtung weitergeleitet werden dürfen.

Heidelberg, den

.....
Unterschrift Patient/in