

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenbilder über Sie angefallen, die nur unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß an Dritte (z.B. weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden dürfen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gem. § 73 Abs. 1 b SGB V, Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG sowie Übermittlung von Röntgenbildern zur Weiterbehandlung nach § 28 Abs. 8 RöV**

Ich,

---

Nachname, Vorname

erkläre mich damit einverstanden, dass das ZiZ Göttingen BAG, Düstere-Eichen-Weg 35, 37073 Göttingen bei Erfordernis die im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder an meinen Hausarzt, einen weiterbehandelnden Arzt/ Zahnarzt, das beauftragte Dentallabor (zum Zwecke der Dienstleistung zur Diagnose), das Labor zur Auswertung von mikrobiologischen Proben, Apotheken, Krankenhäusern, Krankenkassen/ -versicherungen, Abrechnungsgesellschaften weiterleiten darf.

Ich bin damit einverstanden, dass von den o.g. Stellen bei Bedarf Daten aus meinen Behandlungsunterlagen/Röntgenbilder angefordert werden dürfen, die der jeweilige behandelnde Zahnarzt/ Zahnärztin der oben genannten Praxis für notwendig erachtet.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Für o.g. Fälle entbinde ich die behandelnden Zahnärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine Befunde bzw. meine Röntgenbilder mitgeteilt bzw. weitergeleitet werden.

Aus organisatorischen Gründen, insbesondere der gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten und der IT, ist ein vollständiger Austausch von Daten zwischen den Behandlern des ZiZ Göttingen nötig.

Ich willige ein, dass die Praxis ZiZ Göttingen meine erhobenen Daten verarbeitet und austauschen darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung freiwillig ist und 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, DS-GVO). Die Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum: Göttingen, \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patienten/in oder des Erziehungsberechtigten

## **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Recall-Anschreiben**

Ich bin mit der Benachrichtigung (Recall) für angeratene Zahnarzt- / Prophylaxe Besuche und der Bestätigung längerer Termine einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung freiwillig ist und 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, DS-GVO). Die Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum: Göttingen, \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patienten/in oder des Erziehungsberechtigten