



Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich _____, geb. am: _____

wohnhaft in _____ - ein,

dass mein behandelnder Zahnarzt **Dr. Christian Paul**

die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personengebundenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfen, Fach- und Laborangestellte).

Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des Patientenberatungsprogrammes genutzt.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Datum, Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter